

Espace Petite Enfance

ENFANT		
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Nom :		Prénom :
Date et lieu de naissance :		à
Période d'adaptation :		Date d'entrée dans l' EPE :
COORDONNÉES		
Adresse :		
Code postal :		
Ville :		
Téléphone :		Adresse courriel :
FAMILLE		
	PARENT 1 (allocataire)	PARENT 2
Nom - prénom		
Date et lieu de naissance		
Profession		
Nom de l'employeur		
Adresse du lieu de travail		
Téléphone du lieu de travail		
Téléphone portable		
AUTRES ENFANTS A CHARGE		SITUATION FAMILIALE
Nom - prénom	Né(e) le	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Famille monoparentale
RÉGIME DE PRESTATIONS FAMILIALES		PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Allocataire C.A.F. de l'Ain N° d'allocataire : ◆ <i>Le(s) parent(s) autorise(nt) l'EPE à consulter Cdap (Consultations des données allocataires par les partenaires et à archiver les données issues de l'application dans le dossier administratif de l'enfant).</i> ◆ Document Caf mentionnant le n° d'allocataire ◆ Allocataire M.S.A. de l'Ain N° d'allocataire (sécurité sociale) :et copie du dernier avis d'imposition (ou de non imposition) de chaque parent ◆ Si hors C.A.F. ou M.S.A. : copie du dernier avis d'imposition 		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copie du livret de famille ou certificat de naissance (de moins de 3 mois) : copie ou courriel ◆ Pièces d'identité du ou des parent(s) ◆ Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois ◆ Justificatif de responsabilité civile ◆ Retrait des enfants signé (document joint) ◆ Dispositions relatives à l'accueil signées ◆ Attestation médicale vie en collectivité ◆ Protocole pour la fièvre (document joint) ◆ Présentation carnet santé de l'enfant (copie à charge de la structure) ◆ Autorisation de prélèvement et document SEPA

Je / nous soussigné(e)(s).....

1°) Déclare(ons) confier mon/notre enfant Nom :.....

Prénom :.....

à l'Espace Petite Enfance et m'engage/ nous engageons à observer toutes les clauses contenues dans le règlement intérieur dont j'ai /nous avons pris connaissance.

2°) Autorise mon/notre enfant à effectuer des promenades en bus, à pied et en véhicule de service de la Ville de Bourg-en-Bresse, à l'extérieur de l'Espace Petite Enfance, accompagné par le personnel autorisé.

3°) Accepte que l'administration des médicaments soit réalisée par tous les professionnels exerçant dans la crèche.

A noter que cette administration pourra être réalisée :

- si le protocole « autorisation de soin » est signé par le médecin traitant de l'enfant

- si une ordonnance médicale est fournie et expliquée par les parents au professionnel de la crèche qui devra administrer le médicament. La famille inscrit le nom de son enfant sur le médicament avant de le remettre au professionnel de la crèche.

4°) Autorise/sons l'hospitalisation de mon/notre enfant en cas d'urgence à :

Hôpital FLEYRIAT : Tél 04.74.45.46.47

Clinique CONVERT : Tél 04.74.45.64.45

Médecin traitant : Dr.....

Tél.....

5°) Droit à l'image (valable uniquement pendant la durée de l'accueil)

Autorise le personnel :

• A photographier individuellement ou collectivement mon/notre enfant dans le cadre des activités de l'Espace Petite Enfance

OUI NON

• A utiliser ces photos :

- dans le cadre de manifestations organisées par l'Espace Petite Enfance (fête de la musique, de Noël, carnaval...)

OUI NON

- dans tous les supports de communication de la Ville de Bourg

OUI NON

- dans le cadre de manifestations extérieures au Service Petite Enfance (colloques,...)

OUI NON

• A filmer mon/notre enfant dans le cadre des activités de l'équipement Petite enfance pendant la durée de son accueil

OUI NON

Déclare avoir lu avec attention **les 5 dispositions ci-dessus**.

Date :

Signature(s) :

Parent(s) 1

Parent(s) 2

ATTESTATION DE DECLARATION DE DOMICILE

(si aucun justificatif de domicile ne peut être fourni)

M. / Mme (rayer la mention inutile)

NOM(S)

PRENOM (S).....

ATTESTE (ENT) sur l'honneur :

• être domicilié(es) à l'adresse suivante :

.....

.....

.....

.....

• être informé(e/s) que cette attestation vaut déclaration de domicile et que, par conséquent, toute fraude ou falsification entraînera la perte de l'avantage accordé et pourra donner lieu à des sanctions pénales.

Date :

Signature(s) :

Parent(s) 1

Parent(s) 2