**Aucun enfant ne pourra être accueilli à la crèche (même le 1 er jour) sans dossier complet avec le certificat du médecin attestant que l’enfant peut fréquenter la crèche et la vaccination a jour**

**DOSSIER D’INSCRIPTION (rentrée septembre 2023)**

**N° d’allocataire de la CAF ou d’allocataire MSA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N° Sécurité Sociale couvrant l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOTRE ENFANT** |  |  |
|  |  |  |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ou naissance prévue le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| Sexe : 🗆 Féminin 🗆 Masculin |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SITUATION FAMILIALE****Mère :** |  |  |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Téléphone domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Téléphone portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| Situation familiale : 🗆 Célibataire 🗆 Concubinage 🗆 Pacsé 🗆 Marié  🗆 Séparé 🗆 Divorcé 🗆 Veuf |
| **Père :** |  |  |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Téléphone domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Téléphone portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| **Composition de la famille (frère et sœur) :** |
|  |
| Nombre total d’enfants à charge : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SITUATION PROFESSIONNELLE****Mère :** |  |  |
| Activité professionnelle : 🗆 Oui 🗆 Non  |  |  |
| Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lieu de travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Père :** |  |  |
| Activité professionnelle : 🗆 Oui 🗆 Non  |  |  |
| Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lieu de travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Observations particulières :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informations légales :**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée en 2004, les informations recueilles font l’objet d’un traitement destiné à traiter votre demande d’inscriptions pour un accueil en crèche. Les destinataires des données sont les professionnels et membres du conseil d’administration de la crèche.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Signature du responsable légal :

**AUTORISATIONS :**

|  |
| --- |
| **Sorties en cas d’une activité extérieure**Exemple : médiathèque ou autres…Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsable de l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autorise ce dernier à participer aux sorties organisées par l’équipe hors de l’enceinte de la crèche.Signature du responsable légal : |
| **Maquillage**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsable de l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autorise ce dernier à être maquillé par le personnel de la crèche dans le cadre d’activité de la crèche.Signature du responsable légal : |
| **Tierce personne :**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsable de l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir préalablement prévenu le personnel de la crèche (une pièce identité devra obligatoirement être présentée) :Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature du responsable légal : |

**ACCEPTATION DE CONSULTATION DU DOSSIER D’ALLOCATAIRE CDAP**

**ET DE CONSERVATION DES DONNÉES CONSULTÉES**

**Obligatoire pour l’inscription à la Crèche OPTIMOM**

Je (Nous) soussigné(es),

❑ Madame ❑ Monsieur

Nom :…………………………………………………………………………………………………………….……

Prénom :…………..……………………………………………………………………………………………………………….……

Représentant de…………………………………………………… l’enfant accueilli(e) à la Crèche OPTIMOM

❑ Mère ❑ Père ❑ Responsable légal

Demeurant :.…………………………………………………………………………………………………………………….…

**Déclare :**

* Autoriser la Crèche OPTIMOM à consulter et conserver les données issues de mon/notre dossier d’allocataire via l’outil CDAP,
* Autoriser la transmission des données au logiciel FILOUÉ géré par la CAF.

À………………………………

Le……………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Signature des représentants légaux de l’enfant, |  |

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION D’IMAGE**

**ENFANT ET FAMILLE**

Dans le cadre d’illustration de la vie de la crèche, la Direction et les équipes réaliseront de nombreuses photographies de votre enfant, comme de vous, parents, dans le cadre d’activités éducatives et pédagogiques, d’événements culturels et festifs ainsi que lors de moments de la vie quotidienne.

Ces photographies sont des outils pour nos affichages à la crèche ou pour nous permettre de vous montrer la vie de votre enfant à la crèche

Chaque année nous essayons de vous proposer de réunir les photos prises durant les temps de la vie quotidienne à la crèche sur une clés USB que vous nous fournissez

Dans les photos de groupe votre enfant peut être aussi sur la clé USB d’une autre famille

Pour cela nous avons besoin d’une autorisation de votre part

La présente autorisation vise à recueillir votre accord pour utiliser et diffuser, à titre gratuit et non exclusif, les photographies de votre enfant et/ou vous-même.

Je (Nous) soussigné(es),

❑ Madame ❑ Monsieur

Nom :……………………………………………………………………………………………………………….…

Prénom :…………..……………………………………………………………………………………………………………….…

Représentant de ………………………………………………… . L’enfant accueilli(e) à la Crèche OPTIMOM

❑ Mère ❑ Père ❑ Responsable légal

Demeurant :.…………………………………………………………………………………………………………………….………………..

❑ **Autorise(ons) expressément** ❑ **Refuse(ons) expressément**

La diffusion d’image de mon enfant et/ou moi-même sur les supports suivants :

* Supports papiers internes et affichages ❑ Oui ❑ Non
* Supports papier ❑ Oui ❑ Non

(Flyers, présentation de la crèche…)

* Supports clés USB ❑ Oui ❑ Non

(Diffusion en fin d’année aux familles fréquentant la crèche)

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l’image et au droit à la vie privée, j’autorise / nous autorisons la Crèche OPTIMOM à fixer, reproduire et diffuser, en partie ou en totalité, les photographies prises à des fins de communication et de publicité interne et externe via la clés USB qui permet aux familles de voir la vie de leur enfant à la crèche (pour un souvenir de leur évolution qui a eu lieu au cours de l’année et leur interaction avec les autres enfants

La Crèche OPTIMOM s’interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation.

À……………………..……….. Signature des représentants légaux de Le……………………………… Précédée de la mention : « Lu et approuvé – Bon pour accord »

**CRECHE Associative OPTIMOM**

225 rue Ambroise Croizat

84120 Pertuis

04.90.09.73.63

optimom@club-internet.fr

 **A REALISER EN PLUS DU DOCUMENT CI DESSOUS**

1. **Un certificat du médecin attestant que l’enfant peut fréquenter la crèche et la vaccination a jour**
2. **Une Autorisation médicale – Délivrance de soins spécifique**

Je soussigné, .........................................................., Docteur en médecine, prescrit et autorise la crèche associative « OPTIMOM » à administrer les médicaments ci-dessous à l’enfant :

NOM : .................................................................. PRENOM : ....................................................................

Né(e) le ........../…........./..................... AGE : ................. POIDS : .................

Liste des traitements possibles au sein de la structure :

- Application locale d’un Antiseptique à base de chlorhexidine, en cas de plaie simple.

- Administration de granules homéopathiques d’Arnica (Boiron) en cas de coups, d’hématomes ou d’ecchymose.

- Application locale de la crème protectrice au Calendula et du savon mousse au Calendula (Weleda), en cas d’érythème fessier et de soin de change.

- Administration homéopathique par voie orale de Camilia (Boiron) ou de Chamomilla Vulgaris (Boiron), en cas de douleurs liées à une poussée dentaire.

- Application locale de liniment, en cas de sécheresse cutanée ou de change extérieur.

- Application locale de Sérum Physiologique pour le nettoyage des yeux ou pour le lavage de nez.

- Administration en cas de fièvre et/ou de douleur : dose-poids par voie orale (solution buvable)

 DE DOLIPRANE. (Joindre une ordonnance valable 6 mois)

Fait à ......................., le ...........................................

Adresse, signature et Cachet du médecin (obligatoire) précédée de la mention “Lu et Approuvé”.

**AUTORISATION DE SOIN PARENTALE ET MÉDICALE**

 **EN CAS D’INCONFORT LIÉ A LA FIÈVRE ET/OU DE DOULEUR**

*Le Doliprane© est un traitement antalgique et antipyrétique. Ce médicament peut donc être administré dans un contexte d’inconfort lié à la fièvre.*

*Dans tous les cas, son administration peut se faire toutes les 6h (à privilégier), avec possibilité toutes les 4h, si la douleur ou la mauvaise tolérance de la fièvre apparait plus tôt.*

***Néanmoins, la prise journalière ne doit pas dépasser les 4 prises maximum par 24h.***

***Pour cela, il est donc important de s’assurer en amont d’une potentielle délivrance parentale avant la mise en collectivité :*** *soit par information transmise au moment de l’accueil, soit par un appel téléphonique aux parents.*

*Il est également important de connaître le poids actuel de l’enfant (pesée, transmission du parent…).*

***Ce protocole est applicable seulement si les parents et le pédiatre*** *(ou médecin traitant)* ***de l’enfant ont approuvé******et autorisé la mise en application de ce dernier ET qu’une ordonnance médicale soit délivrée dans ce cadre*** *(tous les 6 mois maximum).*

NOM de l’enfant : Prénom de l’enfant :

Date de Naissance : Année Scolaire :

Nous soussignés…………………………………………………………… père, mère, autorisons pour notre enfant l'administration du Doliprane© en cas d’inconfort lié à la fièvre et/ou de douleur dans le cadre cité ci-dessus, en lien avec la prescription médicale du Docteur

Fait à …………………………………. Le ……/……/……….

**LU ET APPROUVE SIGNATURE DU MEDECIN**

**AUTORISATION HOSPITALISATION**

J autorise les responsables de la crèche OPTIMOM à prendre les mesures nécessaires en cas d’accident de mon enfant et autorise son hospitalisation en cas d’urgence

J autorise les médecins à pratiquer tout examen ou intervention chirurgicale qui s’avérerait indispensable

**Signature des parents, précédés de la mention “Lu et Approuvé”.**