



CRECHE LES BOUT'EN TRAIN  / HALTE GARDERIE LES PITCHOUNETS   
RÉGULIER  / OCCASIONNEL

**Identité**

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../20.....

Nom et prénom des responsables légaux : .....

Adresse permanente : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone Maman : ..... Téléphone Papa : .....

Téléphone Domicile : ..... Téléphone Travail : .....

E-mail : .....

L'enfant a-t-il des frères et sœurs ? OUI  NON  Combien : .....

Personne à prévenir en cas de besoin : .....

Personne(s) susceptible(s) de venir chercher l'enfant :

NOM	TELEPHONE	LIEN

**Repas**

Nous nous engageons à fournir le repas de notre enfant dans une glacière ou un sac isotherme, munie d'une plaque réfrigérante, conformément à la législation. Le repas devra être fraîchement préparé, refroidi et les viandes cuites à cœur. Chaque composant du repas sera, si nécessaire, placé dans un récipient hermétique à usage alimentaire, le tout marqué au nom de l'enfant. Les aliments seront coupés (viandes, fruits...). Ceci ne concerne pas les préparations industrielles type petits pots et compotes.

**Autorisation de droit à l'image**

Nous, soussignés, Monsieur et Madame....., représentants légaux de l'enfant, ....., autorisons\*, n'autorisons pas\*, l'équipe d'encadrement des structures d'accueil du Haut Verdon - Val d'Allos à utiliser les photos pour affichage interne à la structure et/ou à utiliser les photos dans le cadre d'une diffusion locale (Les sources du Verdon...)

**Convention de service CAFPRO / MSA dans les Alpes de Haute Provence**

J'autorise le responsable de la structure à accéder aux informations CAF/MSA avec mon n° d'allocataire CAF ou MSA (Alpes de Haute Provence), les informations se limitent aux ressources déclarées à la CAF/MSA et au nombre d'enfant(s) à charge. En contrepartie le responsable s'engage à respecter de façon absolue le secret professionnel.

Dépendez-vous d'un régime de prestations familiales dans le 04 ? OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

Quel est votre n° d'allocataire CAF / MSA : .....

Si vous ne souhaitez pas communiquer vos revenus, merci de cocher cette case

Nous appliquerons le tarif plafond affiché dans l'établissement.

## **Informations Médicales**

*(Le fait de remplir cette partie ne vous dispense pas de l'apport du carnet de santé qui doit se trouver en permanence avec l'enfant)*

Mon enfant est-il à jour de son vaccin DT Polio ? OUI  NON

*Merci de nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité.*

Allergie connue : .....

Problème particulier : .....

Traitement médical de fond : .....

Régime alimentaire sur prescription médicale : .....

*Merci de joindre l'ordonnance signée par le médecin et lui faire remplir le Projet d'Accueil Individualisé.*

Nous, soussignés, Monsieur et Madame.....,  
représentants légaux de l'enfant, .....

- autorisons\*, n'autorisons pas\*, le/la responsable ou le/la responsable adjoint(e) à administrer l'antipyrétique.....en cas de température (au dessus de 38°), et ce après y avoir été invitée ou dans l'éventualité où nous ne pourrions pas être contactés.  
*Merci de joindre le médicament et l'ordonnance signée par le médecin.*
- autorisons\*, n'autorisons pas\*, le/la responsable ou le/la responsable adjoint(e) à administrer à notre enfant, un traitement médicamenteux en cas de maladie non contagieuse.  
*Merci de joindre le médicament et l'ordonnance signée par le médecin.*

*Il est bien entendu que nous nous engageons à venir chercher notre enfant dans les plus brefs délais en cas de problème médical (y compris état subfébrile à partir de 38°). La direction s'engage à signaler en temps réel les modifications éventuelles de l'état de santé de notre enfant.*

## **Frais Médicaux**

Les représentants légaux de l'enfant s'engagent à rembourser à la Communauté de Communes, les frais médicaux engagés (honoraires et pharmacie) dans les plus brefs délais, dans le cas où le médecin se rendrait à la crèche, à la demande des représentants ou lors d'une situation jugée nécessaire par le responsable de la structure.

## **Règlement de fonctionnement**

Nous, soussignés, Monsieur et Madame ....., représentants légaux de l'enfant....., déclarent avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et en acceptent les conditions.

Fait le ...../...../20..... à .....

**Signature(s) du (ou des) représentant(s) légal (légaux)**

**suivie de la mention « lu et approuvé »**

\*Rayer la mention inutile