



Multi-accueil « Les Petites Canailles »  
10 Rue des Ecoles  
26320 SAINT MARCEL LES VALENCE  
☎ 04 75 85 70 28  
@ resp.petitescanailles@admr26.fr

**NOM de l'enfant** : .....

**Prénom de l'enfant** : .....

**Date de naissance** : .....

## **DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS**

NOM, Prénom du Père : .....

NOM, Prénom de la Mère : .....

Adresse : .....  
.....

Adresse mail : .....

Situation Familiale : Marié  Vie Maritale  Divorcé ou Séparé  Famille Monoparentale

Frères ou sœurs :

Nom	Prénom	Date de Naissance
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Profession du Père : ..... Lieu de Travail : .....

Profession de la Mère : ..... Lieu de Travail : .....

Médecin de Famille : ..... Coordonnées : .....

HABITUDES PARTICULIERES DE L'ENFANT (Maladie, Allergie, Alimentation...) :

.....  
.....

PERSONNE(S) VENANT CHERCHER L'ENFANT :

Mère  Père

Grand- Parents : Nom, prénom : ..... N° Tél. : .....  
Nom, prénom : ..... N° Tél. : .....

Autre(s) : Nom, prénom : ..... N° Tél. : .....  
(Personnes Majeures) Nom, prénom : ..... N° Tél. : .....  
Nom, prénom : ..... N° Tél. : .....  
Nom, prénom : ..... N° Tél. : .....  
Nom, prénom : ..... N° Tél. : .....

**Numéros de téléphone :**

Portable Père : .....

Travail Père : .....

Portable Mère : .....

Travail Mère : .....

Domicile : .....

## DOCUMENTS À FOURNIR :

REGIME D'APPARTENANCE (numéro d'allocataire) : C.A.F. : .....

Autre régime (nom + numéro d'allocataire) : .....

**Si pas de Numéro CAF : AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION N-2**

PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS (Obligatoire : DTP)

ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE au nom de l'enfant

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE POUR LA VIE EN COLLECTIVITE ET ORDONNANCE POUR ADMINISTRER DU PARACETAMOL

EN CAS DE SEPARATION : ATTESTATION D'ATTRIBUTION DE LA GARDE DE L'ENFANT

CONTRAT REGULIER : LETTRE DATÉE ET SIGNÉE COMPORTANT LES HEURES ET LES JOURS DE GARDE AINSI QUE LE NOMBRE DE CONGES PREVISIONNELS DESIRÉ POUR LA PERIODE (de août à décembre et de janvier à juillet).

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant .....

1) à effectuer toutes sorties accompagné du personnel de la structure :

oui  non

2) autorise le personnel de la structure :

2.1 à photographier mon enfant :

oui  non

2.2 à consulter mes ressources sur le site Cdap de la CAF pour établir le contrat et à en conserver une copie dans le dossier :

oui  non

2.3 à donner des médicaments sur présentation de l'ordonnance :

oui  non

2.4 à administrer à mon enfant un antipyrétique (« anti-fièvre ») en cas de nécessité :

oui  non

2.5 à intervenir et à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident :

oui  non

2.6 à transmettre de façon anonyme nos données ainsi que celles de notre enfant à la CNAF pour l'enquête FILOUE

oui  non

**La signature de cette fiche de renseignements implique l'acceptation du Règlement de Fonctionnement de la structure.**

Fait à ..... le .....

Signature