



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