



# Multi accueil de la ville de Creutzwald

10 rue de Carling 57 150 CREUTZWALD ☎ 03.87.93.71.68

Mail : [ma.creutzwald@asbh.fr](mailto:ma.creutzwald@asbh.fr)

## Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse de l'enfant : .....

<b>PARENTS</b>	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, prénom				
Adresse				
Téléphone portable				
Téléphone fixe				
Téléphone du travail				
Courriel				
Date de naissance				

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom + téléphone) : .....

N° d'allocataire CAF : .....

<b>EMPLOYEURS</b>	Mère	Père
Nom de l'employeur		
Profession		
Adresse de l'employeur		

Famille :

Parentale

Monoparentale

Recomposée

Accueil

### **Frères et sœurs :**

Nom et Prénom	Date de naissance	Etablissement fréquenté

**ASSURANCE :**

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance responsabilité Civile (**joindre l'attestation**) :

Nom de la compagnie : .....N° de contrat : .....N° de téléphone.....  
Date d'échéance du contrat.....

**Personnes** susceptibles de venir chercher mon enfant (sur présentation de la carte d'identité):

Nom, prénom	Lien de parenté	N° de téléphone	Adresse

**Autorisations :**

Autorisations	OUI	NON
Photographier ou filmer votre enfant (utilisation au sein de la structure : casiers, panneaux des activités, etc...		
Utiliser les films et les photos pour la promotion de l'établissement (journaux, TV locale)		
Hospitaliser l'enfant en cas d'urgence		
Faire sortir l'enfant des locaux (promenade en poussette à la coulée verte, sortie à la bibliothèque, etc...)		
Consultation de l'enfant par le médecin de la structure		
Administration de médicaments avec ordonnance du médecin		
Accès à mon compte partenaire CAF		
Utilisation d'un thermomètre auriculaire		
Transférer les données de la famille à la CAF		
Conserver une copie de vos justificatifs de ressources		

En cas d'accident, ou d'incident, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter.

Fait à ..... Le .....

Signatures des parents :



# Multi accueil de la ville de Creutzwald

10 rue de Carling 57 150 CREUTZWALD ☎ 03.87.93.71.68

Mail : [ma.creutzwald@asbh.fr](mailto:ma.creutzwald@asbh.fr)

## Fiche Sanitaire

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance :

**Vaccinations** : (joindre les photocopies des vaccinations) :

VACCINS	1ere injection	2eme injection	3eme injection	4eme injection
DTPC HIB				
ROR :				
Hépatite B :				
BCG :				
Pneumocoque				
Méningocoque C				
Autre :.....				

Au cours de l'année, apporter les photocopies des nouveaux vaccins ou rappels afin de mettre à jour le dossier de votre enfant.

**Allergies** (joindre un certificat du médecin traitant, et mise en place ultérieure d'un Projet d'Accueil Individualisé) :

.....

**Problème de santé** :

.....

.....

.....

**Alimentation** : Pour les plus petits nous fournissons des pots, les plus grands ont un repas fourni par le traiteur

Pour les plus petits :

- Pot  Pot végétarien

Pour les plus grands, c'est L'Établissement Elior de Freyming Merlebach qui fournit les repas :

- Repas  Repas végétarien



## Multi accueil de la ville de Creutzwald

10 rue de Carling 57 150 CREUTZWALD ☎ 03.87.93.71.68

Mail : [ma.creutzwald@asbh.fr](mailto:ma.creutzwald@asbh.fr)

### Protocole de premiers soins :

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Je soussigné(e) ..... autorise le personnel du multi accueil « les Verriers »  
à utiliser en premiers soins, pour mon enfant, les éléments suivants :

- BISEPTINE SPRAY** : Antiseptique pour nettoyer les plaies superficielles et les lésions cutanées.
- DOLIPRANE SIROP** : Paracétamol si fièvre (supérieure ou égale à 38,5°)
- ARNICA CREME** : En cas de chutes, cognements, contusions ou hématomes.
- ARNICA 30CH** et en granulés homéopathiques
- PANSEMENTS**
- COMPRESSES** : Nettoyer les plaies
- SPARADRAP** : En cas de plaies
- BANDES VELPO** : Pour maintenir le pansement
- CREME SOLAIRE PEDIATRIQUE**

Je certifie que mon enfant ne présente aucune allergie comme aux éléments cochés de la liste ci-dessus.

Vous êtes prié de bien vouloir fournir un tube ou pot de crème hydratante fermée (que vous utilisez habituellement pour éviter les rougeurs de votre enfant). Si cette crème contient un médicament (par exemple la Mytosil ou la Bépanthen) un certificat médical doit être joint.

Fait à .....

Le .....

Signature du représentant légal de l'enfant (et/ou du médecin traitant de l'enfant) :



## Multi accueil de la ville de Creutzwald

10 rue de Carling 57 150 CREUTZWALD ☎ 03.87.93.71.68

Mail : [ma.creutzwald@asbh.fr](mailto:ma.creutzwald@asbh.fr)

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance :

### **Protocole d'administration de Doliprane:**

Je soussigné Docteur ....., certifie que l'enfant ....., né le ....., ayant à ce jour un poids de ..... kg, autorise le personnel du Multi-Accueil à administrer une dose poids de paracétamol sirop en cas de fièvre s'élevant au-delà de 38.5°C ou de douleurs dentaires et certifie que l'enfant n'y présente aucune contre-indication.

Fait à .....

Le .....

Signature :

### **Certificat d'aptitude à la vie en collectivité :**

Je soussigné ....., Docteur en médecine, certifie que l'examen clinique de l'enfant ....., né le..... est apte, tant physiquement que psychologiquement à être admis en crèche/halte-garderie.

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

## Papiers nécessaires à l'inscription au multi accueil « les verriers » de Creutzwald »

- La photocopie du Livret de famille (page avec les parents et celle de l'enfant à inscrire)
- Avis d'imposition pour les non allocataires caf sur les revenus N-2
- La photocopie du Carnet de vaccination
- N° d'allocataire CAF
- Attestation assurance responsabilité civile au nom de l'enfant
- Acte de naissance
- Photocopie carte d'identité des 2 parents
- Vous devez remplir la fiche individuelle de renseignement et la fiche sanitaire dont la deuxième partie est à remplir par le médecin traitant
- RIB
- Document RGPD signé

**Vous devez ensuite prendre rendez-vous par téléphone au 03.87.93.71.68**

**L'inscription ne sera effective qu'avec un dossier complet.**