



**FICHE D'INSCRIPTION**

**Date de l'inscription :**

➤ **ENFANT**

**Nom**.....**Prénom** :.....

Né(e) le.....

Sexe :  Masculin  Féminin

**Adresse\*** :

.....  
.....  
.....

*\* justificatif de domicile à fournir*

➤ **PARENTS/RESPONSABLES LEGAUX**

**1. Qualité** :  Père  Mère  Tuteur, Autre :.....

**Nom** : .....**Prénom** :.....

**Situation familiale\*** :  marié(e)  pacsé(e)  concubinage  célibataire  divorcé(e)  
 séparé(e)  autre, préciser.....

Détenteur de l'autorité parentale :  oui  non

Né(e) le .....

Adresse (si différente de l'enfant).....

Tél. fixe..... Portable.....

E-mail.....

Profession.....Employeur.....

Lieu de travail et téléphone du bureau.....

**2. Qualité** :  Père  Mère  Tuteur, Autre :.....

**Nom** : .....**Prénom** :.....

**Situation familiale\*** :  marié(e)  pacsé(e)  concubinage  célibataire  divorcé(e)  
 séparé(e)  autre, préciser.....

Détenteur de l'autorité parentale :  oui  non

Né(e) le .....

Adresse (si différente de l'enfant).....

Tél. fixe..... Portable.....

E-mail.....

Profession.....Employeur.....

Lieu de travail et téléphone du bureau.....

- *si vous vivez seul (e) avec vos enfants, nous vous demandons une attestation sur l'honneur*

**Nombre d'enfants à charge :** .....  
**Préciser nom, prénom, date et lieu de naissance et sexe**

.....  
.....  
.....

➤ **ASSISTANTE MATERNELLE/FAMILLE D'ACCUEIL (éventuellement)**

Qualité.....

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Tél. fixe..... Portable.....

E-mail.....

➤ **PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (en dehors des parents)**

1/Nom..... Prénom.....

Lien de parenté avec l'enfant.....

Adresse.....

Tél.....

2/ Nom..... Prénom.....

Lien de parenté avec l'enfant.....

Adresse.....

Tél.....

➤ **N°ALLOCATAIRE CAF.....Caisse de.....**

➤ **N° SECURITE SOCIALE.....**

Régime Sécurité Sociale  général  fonctionnaire  MSA  Autres...

➤ **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (produire une attestation)**

N° et adresse.....

➤ **PERSONNES MAJEURES MANDATEES POUR RECUPERER L'ENFANT**

1/Nom..... Prénom.....

Lien de parenté avec l'enfant.....

Adresse.....

Tél.....

2/ Nom..... Prénom.....

Lien de parenté avec l'enfant.....

Adresse.....

Tél.....

*(Le cas échéant, les autres personnes sont à indiquer sur papier libre).*

**DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL**

**Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....**

Agissant en qualité de :  Père  Mère  Tuteur de l'enfant

De l'enfant nommé : Nom.....Prénom.....

-Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

- Autorise mon fils/ma fille à participer aux activités proposées, y compris en dehors de la structure

-Autorise le responsable à faire transporter mon enfant au Centre Hospitalier de Valenciennes

- M'engage à rembourser les frais liés aux dégradations volontaires occasionnées par mon enfant

- Autorise la Ville d'Hergnies à publier dans sa gazette et/ou dans la presse locale les photos prises durant les activités

-Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engage à en respecter les termes.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE**

Multi Accueil « Duvet d'Oie » rue Henri Dupriez 59199 Hergnies  
03/27/21/11/84

*Date et signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »*



FICHE MEDICALE ET SANITAIRE DE LIAISON

*Les informations contenues dans cette fiche sont confidentielles et constituent un recueil de données utiles pendant le temps d'accueil de l'enfant.*

NOM et PRENOM DE L'ENFANT : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  féminin  masculin

**1/ VACCINATIONS :** (joindre une copie des vaccinations du carnet de santé)

Votre enfant est-il à jour dans ses vaccins :  oui  non

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ? .....

**2/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

1- L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

Angines  Rougeole  Coqueluche  Oreillons  Otite  Rubéole  Scarlatine  Varicelle

2- L'enfant a-t-il des allergies : *(si oui précisez à chaque fois la cause et la conduite à tenir)*

Alimentaires  oui  non .....

Asthme  oui  non .....

Médicamenteuses  oui  non .....

Autres .....

3- Indiquez ci-dessous les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, intervention chirurgicale...etc) en précisant les dates et précautions à prendre :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4- L'enfant suit-il un traitement médical :  oui  non

5- L'enfant peut-il recevoir du paracétamol en cas de fièvre (information à faire figurer sur le certificat médical du dossier d'inscription) :  oui  non

**3/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...etc.

Précisez :

.....  
.....

**4/ RESPONSABLE DE L'ENFANT (joignable en cas d'urgence)**

NOM.....

PRENOM.....

Multi Accueil « Duvet d'Oie » rue Henri Dupriez 59199 Hergnies  
03/27/21/11/84

ADRESSE.....  
TEL FIXE..... TEL PORTABLE.....  
TEL PROFESSIONNEL.....

**5/ MEDECIN TRAITANT**

NOM.....PRENOM.....TEL.....  
ADRESSE.....

Je soussigné, (Madame,Monsieur NOM PRENOM).....responsable légal de  
l'enfant(NOM PRENOM)..... ;

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES HABITUDES DE VIE DE L'ENFANT A LA MAISON

• **REPOS/SIESTE**

- quelles sont ses heures de sieste :
- quelle est l'heure de son réveil le matin :
- quelles sont les habitudes d'endormissement (doudou, tétine, pouce, musique..) :

**6- HYGIENE**

- Propreté acquise                       Propreté non acquise ou partiellement
- Votre enfant porte des couches :  le jour       la nuit       pendant la sieste

**7- HABITUDES ALIMENTAIRES**

- alimentation diversifiée :  oui       non
- allaitement :  lait maternel       lait artificiel : précisez le nom .....
- quelles sont les heures de repas :
- votre enfant mange :  seul       avec aide
- précisez les allergies alimentaires et médicamenteuses si nécessaire : .....
- .....

**8- AUTONOMIE**

- Marche  oui, âge de la marche : .....  non     avec aide
- Position assise :  oui       non       avec maintien
- préhension :  main droite     main gauche     non définie

**9- COMMUNICATION**

- langage verbal :  oui       mots     phrases
- votre enfant préfère :  les activités calmes     les jeux actifs
- Précisez ses activités favorites : .....
- .....

**10- SOCIALISATION**

- vote enfant a-t-il déjà fréquenté une crèche ou la garderie :  oui     non
- est-il scolarisé :  oui     non
- y a-t-il une autre mode de garde que le multi accueil :  oui     non
- a-t-il des frères et sœurs :  oui     non
- fréquente-t-il d'autres enfants :  oui     non

**11- AUTRES INFORMATIONS QUI PERMETTRAIENT DE MIEUX CONNAITRE VOTRE ENFANT :**