

**CONTRAT D'INSCRIPTION CRECHE
ENFANT**

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Genre : _____

Adresse : _____

Code Postale et ville : _____

Pédiatre : _____ Tél : _____

Assurance maladie et accident : _____

PARENTS

Parents mariés : _____ Parents séparés : _____ Parents divorcés : _____ En couple : _____

Nom et prénom de la mère :

Profession : _____ % de travail : _____

Tél fixe : _____ Tél mobile : _____ Tél prof : _____

Email : _____

Nom et prénom du père :

Profession : _____ % de travail : _____

Tél fixe : _____ Tél mobile : _____ Tél prof : _____

Email : _____

Autres personnes de références en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____ Lien de parenté _____

Tél fixe : _____ Mobile : _____

MOTIF DE PLACEMENT

Les deux parents travaillent : Oui Non

Autre raison : _____

Date de placement souhaitée : _____

Horaire de fréquentation

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Repas					
Après-midi					

Les heures d'arrivée et de départ doivent être respectées. Merci d'informer tout changement d'horaire qu'il soit journalier ou définitif.

Heures d'arrivée : _____

Heures de départ : _____

SANTE

Maladies infantiles déjà contractées :

Varicelle : _____ Scarlatine : _____ Oreillons : _____ Rougeole : _____ Rubéole : _____

Autres : _____

Vaccins :

ROR : _____ BCG : _____ DI_TE_PER : _____ Hépatites B : _____

Méningocoque : _____ Pneumocoque : _____ Zona : _____ HIB : _____ Rotavirus : _____

Autres : _____

Nous n'obligeons pas les parents de vacciner leurs enfants, par contre dès qu'il y a une maladie contagieuse nous sommes obligées de ne pas accepter les enfants non vaccinés dans le but de les protéger.

Maladies particulières :

Traitement : _____

Alimentation : _____

Allergies : _____

Régime spécifique : _____

Propreté :

Couches durant la journée : _____ A la sieste : _____ Propre : _____

Habitudes et rituels (sieste doudous):

Remarques particulières :

Crèmes et médicaments que la crèche dispose et que les parents autorisent à administrer (cocher que si vous êtes d'accord) :

	Sans accord	Tél	Sans tél		Sans accord	Tél	Sans tél
Mustela pour le visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouate hémostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème plein air (Froid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crèmes solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arnica crème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crème fenistil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinfectant Merfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vita Merfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arnica granules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sérum physiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toujours sur appel : Administrer un antipyrétique (Dafalgan en poudre)

AUTORISATION

- Administrer des soins (premiers secours, désinfecter) : oui non
- Autorisation des sorties en d'hors du village (transport Public) : oui non
- Prendre en photo ou vidéo pour les activités internes (pas de publication sur les réseaux sociaux et autres qui peuvent mettre en danger l'intégrité de l'enfant) : oui non
- Mettre du maquillage adaptés (activités et ateliers) : oui non

Lieu et date

Signature des parents

Note : Cet inscription devient un contrat une fois votre enfant commence à fréquenter notre institution. Pour la rupture du contrat, il faut se référer au règlement des parents.

Annexes à remplir, signer et à rendre :

- _ Descriptif plus détaillé sur les habitudes et rituels de votre enfant s'il a moins de 2 ans (à rendre le premier jour d'adaptation).
- _ Attestation de la lecture, compréhension et acceptation du règlement (ce document se trouve sur le site internet des P'tits Flocons.
- _ A remplir à chaque fois que votre enfant doit prendre un médicament.

FICHE DE PRISE DE MEDICAMENT

Date _____ Temps de prescription _____

Nom et prénom de l'enfant _____

Age _____ Poids _____

Nom du médicament _____ Prises par jour _____

Quand _____ Quantité _____

Signature des parents _____

Signature de l'éducatrice _____