

**FICHE D’INSCRIPTION AU MULTI-ACCUEIL**

**L’ENFANT**

**Nom :** **Prénom :**

Résidence de l’enfant : □ Parents □ Parent 1 □ Parent 2 □ Alternée

**Date de naissance : Sexe :** □ Fille □ Garçon

Date de démarrage souhaitée :

Jours et heures de présence en structure :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| Arrivée |  |  |  |  |  |
| Départ |  |  |  |  |  |

**Médecin traitant** :

Nom : ………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………..

Téléphone : ………………………………………………………..

**Maladies infantiles :**

Coqueluche ..../.../..... Rougeole ..../.../..... Scarlatine ..../.../.....

Oreillons ..../.../..... Rubéole ..../.../..... Varicelle ..../.../.....

**Vaccins** : Joindre photocopie lisible et au nom de l’enfant.

- Hexyon : (DTP, coqueluche, poliomyélite, Haemophilus influenzae type B): ...../...../.....

- Prevenar : (pneumocoque) : ...../...../.....

- Neisvac : (méningocoque C) : ...../...../.....

- Priorix : (ROR) : ...../...../.....

□ **PAI** (Protocole d'Accueil Individualisé) :

**LES PARENTS**

**PARENT 1 (ALLOCATAIRE)**

**Nom :** **Prénom :**

**Autorité Parentale :** □ OUI □ NON

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

Email :

Profession :

Téléphone professionnel :

Régime de sécurité sociale : □ Général □ Autre (précisez)

N° d’allocataire CAF ou MSA :

**PARENT 2**

**Nom :** **Prénom :**

**Autorité Parentale :** □ OUI □ NON

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

Email :

Profession :

Téléphone professionnel :

Régime de sécurité sociale : □ Général □ Autre (précisez)

Nombre d’enfants total à charge : Quotient familial :

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L’ENFANT**

Je soussigné (e) ……….……………………………………………………………………………………

Autorise la ou les personne(s) suivante (s) à venir chercher mon (mes) enfant(s)

…………….…………………………… Tél :…….……………………………… Qualité : ……………

…………….…………………………… Tél :…….……………………………… Qualité : ……………

…………….…………………………… Tél :…….……………………………… Qualité : ……………

**Signature des deux parents :**

**AUTORISATIONS DE SOINS ET D’HOSPITALISATION (en cas d’urgence)**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………….

Autorise les personnes en charge de mon enfant au multi-accueil, à faire transporter mon enfant en cas d’urgence, au centre hospitalier ou à la clinique.

**Signature des deux parents :**

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE**

Mr ou Mme ………………… ………..…………………………………………………..

Tél …………………………………………….. Portable : ………………………………

Qualité : ………………………………………………………………………….………..

Mr ou Mme ………………… ………..…………………………………………………..

Tél …………………………………………….. Portable : ………………………………

Qualité : ………………………………………………………………………….………..

**Signature des deux parents :**

**AUTORISATIONS SORTIES ET PHOTOS**

**Sorties :**

Je soussigné (e), ………………………………………………………

❑ Autorise

❑ N'autorise pas

mon enfant …………………………. à participer à des activités extérieures proposées par le multi-accueil.

**Photos / Films :**

Votre enfant peut être occasionnellement photographié ou filmé au multi-accueil pendant des activités, anniversaires, fêtes diverses.

Donnez-vous votre accord ?

Utilisation des photos au sein du multi-accueil : Oui ❑ Non  ❑

Utilisation des photos sur les publications communales : Oui  ❑ Non  ❑

Utilisation sur le site Internet de la commune : Oui  ❑ Non  ❑

**Signature des deux parents :**

**Parent 1**

Je soussigné (e)………………………………………………. déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Je soussigné (e) ………………………………………………. certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du multi

-accueil de Vimines et en accepte les conditions dans son intégralité.

❑ J’autorise la Commune de Vimines à collecter, traiter et conserver mes données personnelles et celles concernant mon enfant dans le cadre du présent dossier d’inscription, dans le respect du règlement européen de la protection des données.

Fait à ……………………………………….., le : ……/……/……..

**Signature**

**Parent 2**

Je soussigné (e) ………………………………………………. déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Je soussigné (e) ………………………………………………. certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du multi-accueil de Vimines et en accepte les conditions dans son intégralité.

❑ J’autorise la Commune de Vimines à collecter, traiter et conserver mes données personnelles et celles concernant mon enfant dans le cadre du présent dossier d’inscription, dans le respect du règlement européen de la protection des données.

Fait à ……………………………………….., le : ……/……/……..

**Signature**

*Les informations recueillies sur ce formulaire font l’objet d’un traitement de données par la Commune de Vimines pour la gestion du service Multi-accueil (inscription, suivi et facturation).*

*Conformément au règlement européen sur la protection des données (UE 2016/679), vous bénéficiez des droits d’accès, de rectification, d’opposition et d’effacement de vos données personnelles. L’exercice de vos droits s’effectue par courrier à : Agglomération Grand Chambéry – Délégué à la protection des données – 106 allée des Blachères – 73000 Chambéry ou par mail à dpd@grandchambery.fr.*