

# MULTI-ACCUEIL

## Inscrit

Nom : .....

Classe : .....

Prénom : .....

Ecole : .....



## P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

Oui  (merci de fournir le document)

Non

Allergie(s): .....

## Maladie(s)

.....

## Médecin et Hospitalisation

Nom : .....

☎ : ...../...../...../...../.....

Hôpital (si hospitalisation) : .....

## Contre-indication(s)

.....

Accueil Régulier :

Accueil Occasionnel :

## Assurance

Assureur : .....

N° de Contrat : .....

Date de validité : ...../...../..... Au ...../...../.....

## Autorisation(s) de l'inscrit

- Autorisation de sortie
- Droit au maquillage
- Déguisement
- Droit à l'image
- Intervention médicale ou chirurgicale
- Transport
- Autorise la structure à administrer du Doliprane selon l'ordonnance transmise pour l'accueil Régulier

## Vaccins

## Date de la dernière vaccination

- DTP/DTCP/DTCPhi - ...../...../.....
- BCG - ...../...../.....
- ROR - ...../...../.....

## Autres vaccins

## Date de la dernière vaccination

- ...../...../.....
- ...../...../.....
- ...../...../.....

## Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom-Prénom :

Liens : (père, ami, tante...)

☎ Domicile

☎ Portable

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

## Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'inscrit

Nom-Prénom :

Liens : (père, ami, tante...)

☎ Domicile

☎ Portable

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

Je soussigné(e) : .....

- Autorise les services municipaux encadrant l'inscrit à pratiquer les soins d'urgence.
- Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- M'engage à prévenir le(s) service(s) de toute modification. (*changement d'adresse, numéros, problème de santé, situation familiale...*).
- M'engage à payer la ou les factures concernant l'inscrit avant la date indiquée.
- M'engage à respecter le règlement intérieur.

## Signature

Date : ...../...../.....

## Pièces à fournir

- Justificatif de domicile de - 3 mois
- Certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité de - 3 mois
- Décision de justice selon la situation
- Carte d'invalidité ou notification MDPH
- Avis d'imposition sur les revenus (N-2)
- Règlement intérieur signé
- Retour des protocoles signés