



La Ferté-Bernard

Mairie
13 Rue Viet
72400 LA FERTE-BERNARD
☎ 02.43.60.72.74
c.rousseau@lafertebarnard.fr

MULTI-ACCUEIL

Inscrit

Nom :

Prénom :



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.

Vaccins

Date de la dernière vaccination

- DTP/DTCP/DTCPPH/...../.....
- 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.
- Autorise la transmission des données à la CAF « FILOUÉ »

Signature

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

Pièces à fournir

- Justificatif de domicile de - 3 mois
- Certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité de - 3 mois
- Ordonnance non contre-indication au Doliprane
- Décision de justice selon la situation
- Carte d'invalidité ou notification MDPH
- Avis d'imposition sur les revenus (N-2)
- Carnet de santé (Copie des vaccins)
- Livret de famille ET/OU Extrait de naissance
- DRGPD