

Multi-Accueil occasionnel

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)

.....

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.
- 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
- ☐ Décision de justice selon la situation
- ☐ Carte d'invalidité ou notification MDPH
- ☐ Avis d'imposition sur les revenus (N-2)
- ☐ Retour des protocoles signés
- ☐ Carnet de santé (Copie des vaccins)
- ☐ Livret de famille