



La Ferté-Bernard

Mairie
13 Rue Viet
72400 LA FERTE-BERNARD
☎ 02.43.60.72.74
c.lebronnec@lafertebernard.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	Autres vaccins	Date de la dernière vaccination
<input type="checkbox"/> DTP/DTCP/DTCPPH/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
<input type="checkbox"/> BCG/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
<input type="checkbox"/> ROR/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....

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