

MAIRIE DE COZZANO

Avenue Francois Renucci
20148 COZZANO

Tel : 04 95 24 40 38
cozzanomairie@orange.fr

Fiche d'Inscription

Enfant

Age : Nationalité :
Sexe : Né(e) le à
N° de sécurité sociale :

Famille

Situation Familiale :	Téléphone 1 :
N° Allocataire :	Téléphone 2 :
Secteur :	Nombre Total d'Enfants :
Zone :	Nombre d'Enfants à Charge :

Père :

Nom et Prénom:	Adresse:
Profession :	
Société :	
Tél. Pro :	
Tél. Mobile :	
@Mail :	

Mère :

Nom et Prénom:	Adresse:
Profession :	
Société :	
Tél. Pro :	
Tél. Mobile :	
@Mail :	

Inscription N° Dossier :

Prise en Charge du _____ au _____
Etablissement : Micro-Crèche BULA BULEDDA
Accueil :
Type de Contrat :

Demandé le: ____/____/____
Accordé le: ____/____/____

Fiche d'Inscription

Jours et horaires d'accueil par semaine :

Jours	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					
Samedi					
Dimanche					

Enfant :

Père :

Mère :

AUTORISATIONS AUX SOINS

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

mention "Lu et Approuvé"

Signature des parents

A _____, le ____/____/____

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

mention "Lu et Approuvé"

Signature des parents

A _____, le ____/____/____

AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAFPRO

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A _____ , le ___/___/_____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

A _____ , le ___/___/_____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques.

A _____ , le ___/___/_____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents



