



MARGNY-lès-Compiègne

Multi-Accueil « Les Petits Pieds »
62, Rue Molière
60280 MARGNY-Lès-Compiègne
☎ 03.44.86.81.43



- FICHE D'INSCRIPTION & AUTORISATION PARENTALE -

Nom et Prénoms de l'enfant

Date de naissance

LES PARENTS

Père / Mère

Père / Mère

NOM & Prénom

Adresse

☎ et/ou 📱
Personnel

☎ et/ou 📱 Pro.....

📞

Profession

N° Sécurité Sociale de l'enfant

N° Allocataire C.A.F. (Mère ou père)

Coordonnées de la C.A.F.

Pièces à fournir :

- Justificatif de domicile
- La copie des vaccins
- L'attestation d'affiliation au régime de la sécurité sociale
- L'attestation d'assurance responsabilité civile
- La copie du livret de famille ou acte de naissance
- Le certificat médical d'admission (à télécharger et à faire remplir par le médecin)

- AUTORISATION -

Je soussigné Madame – Monsieur (*).....

- **autorise** Madame – Monsieur (*).....
demeurant



.....
muni(e) de sa Carte d'Identité à **venir chercher mon enfant en cas d'empêchement.**

- **Autorise** le multi-accueil, géré par la mairie de Margny-Lès-Compiègne à **conserver et consulter** les données figurants sur le service de Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires (CDAP) ou l'avis d'imposition. OUI NON

- **Autorise le Personnel** du Multi-Accueil à **emmener mon enfant dans le Parc de la Mairie**, pour la **pratique d'activités** extérieures à l'Etablissement. OUI NON

- **Autorise mon enfant à être photographié(e)** OUI NON
(Les photographies peuvent être utilisées par le Service Communication de la Ville de MARGNY-Lès-Compiègne pour la publication des articles liés au Multi-Accueil dans le journal trimestriel « Le Margnotin » ou lors des anniversaires fêtés au sein du Multi-Accueil).

- **Autorise mon enfant à participer aux Ateliers « Cuisine »** OUI NON

- **Autorise la Structure**, en cas d'urgence, à **prendre les mesures nécessaires** (Hospitalisation éventuelle de notre enfant) en contactant le Médecin rattaché à l'Etablissement ou le médecin traitant et, s'il y a lieu le SAMU. OUI NON

- **Autorise à faire pratiquer une anesthésie générale si nécessaire**
(En cas d'impossibilité de joindre les parents). OUI NON

- Dans le cadre d'une enquête Filoue mise en place par la CNAF, **autorise la Structure**, à transmettre de façon **anonyme** mes informations présentes dans le dossier « famille », OUI NON

- **Autorise la structure à communiquer les noms, prénoms et adresses mails** renseignés ci-dessus à Kidizz (application de communication) OUI NON

MÉDECIN TRAITANT

Nom et Prénom

Adresse



.....

PÉDIATRE

Nom et Prénom

Adresse



.....

Maladies contagieuses et épidémiques

.....

.....

Allergies particulières

.....

.....

Madame et Monsieur
attestent avoir pris connaissance du Règlement de fonctionnement du Multi-Accueil en
vigueur et s'engagent à le respecter.

Fait à

Le

Signature des deux parents précédées de la mention « Lu et approuvé »

Madame

Monsieur

La Directrice