



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
- La copie du livret de famille ou acte de naissance
- Le certificat médical d'admission (à télécharger et à faire remplir par le médecin)

- AUTORISATIONS -

Je soussigné Madame – Monsieur

- **autorise** Madame – Monsieur, **personne majeure**,
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 à pratiquer des activités à l'extérieur de 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 sur le site internet et réseaux sociaux de la ville).
- **Autorise mon enfant à participer aux Ateliers « Cuisine »** OUI NON
- **Autorise la Structure**, en cas de fièvre de notre enfant, à **administrer un antipyrétique** (Doliprane) selon les termes du protocole fourni par notre médecin 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