



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MULTI-ACCUEIL PRECYNOURS 2024/2025**

**Date d'inscription** : ...../...../.....

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : .....

**Nom et prénom (père)** : .....

**Nom et prénom (mère)** : .....

**Situation familiale** :  célibataire  divorcé(e)  marié(e)  séparé(e)  vie maritale

**Adresse complète** : .....

**Numéros de téléphone** :

Tél domicile (mère) : ..... Tél domicile (père) : .....

Tél portable (mère) : ..... Tél portable (père) : .....

Tél professionnel (mère) : ..... Tél professionnel (père) : .....

Courriel (mère) : ..... Courriel (père) : .....

Profession (mère) : ..... Profession (père) : .....

Recevez-vous des prestations familiales :      oui                       non   
Si oui, par quel organisme :                      CAF                       MSA                       Autre

**Autorisation pour la consultation du compte des familles allocataires** :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....autorise la directrice du S.I.V.U, à consulter certaines données de la base allocataire par l'intermédiaire du service C.A.F Pro, pour le calcul de votre taux horaire.

Numéro d'allocataire : .....

**Fait à....., le.....**

**Signatures**  
**des responsables légaux** :

**Autorisation permanente des personnes pouvant venir chercher l'enfant** :

Je soussigné(e).....

autorise Mr / Mme ..... Tél : .....

autorise Mr / Mme ..... Tél : .....

autorise Mr / Mme ..... Tél : .....

à venir récupérer mon enfant au multi-accueil.

Tout changement concernant cette autorisation devra être impérativement inscrit sur la fiche de renseignements.

**Fait à ..... , le.....**

**Signatures**  
**des responsables légaux** :

**Autorisation photos / vidéos :**

Je soussigné(e) Mr / Mme.....responsable de.....

autorise les professionnels de l'équipe de la structure à prendre des photos  et des vidéos  de mon enfant dans le cadre du service petite enfance.

**Signatures des responsables légaux :**

**Autorisation de sortie :**

Je soussigné(e) Madame / Monsieur....., autorise l'équipe de la structure à accompagner mon enfant à l'extérieur des locaux de la structure.

Fait à....., le.....

**Signatures des responsables légaux :**

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom et prénom :.....

Tél :..... Lien de parenté :.....

Nom et prénom :.....

Tél :..... Lien de parenté :.....

Fait à....., le.....

**Signatures des responsables légaux :**

**Renseignements médicaux :**

Votre enfant présente t-il une allergie (alimentaire, médicamenteuse ,...):      oui       non

Nécessite t-elle d'un P.A.I (Projet d'Accueil Personnalisé) :      oui       non

**Autorisation de soins d'urgence :**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ....., responsable

de l'enfant ..... autorise la directrice ou la responsable, en cas d'absence de cette dernière, à contacter le SAMU, qui prendra, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, transport à l'hôpital, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires au vue de l'état de santé de l'enfant.

Fait à ....., le.....

**Signatures des responsables légaux :**

**Acceptation du présent règlement :**

Je soussigné(e) Madame / Monsieur....., responsable

de l'enfant..... déclare avoir pris connaissance du présent règlement et l'accepte dans son intégralité.

Fait à....., le .....

**Signatures des responsables légaux :**