



### **Siège administratif :**

Communauté de Communes Alpes Provence Verdon

B.P. 2 – 04170 SAINT ANDRE LES ALPES

Tél.: 04 92 83 68 99 – Fax : 04 92 83 74 36 – E-mail : [ccapv@orange.fr](mailto:ccapv@orange.fr)

# Dossier d'inscription

Ce document est à compléter et à remettre à la :

## **Structure Multi-Accueil**

**« 1,2,3 Soleil »**

18, Grand Rue – 04170 SAINT ANDRE LES ALPES

Tél. : 04 92 89 15 44 – E-mail : [enfance@ccmv.fr](mailto:enfance@ccmv.fr)

## Renseignements Parents

Nom du père.....	Prénom : .....
Profession : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
E-mail : .....	
Portable : .....	Téléphone travail : .....

Nom de la mère : .....	Prénom : .....
Profession : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
E-mail : .....	
Portable : .....	Téléphone travail : .....

## Situation familiale

Mariés <input type="checkbox"/>	Pacsés <input type="checkbox"/>	Concubins <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Divorcés <input type="checkbox"/>
Personne(s) ayant la garde ? : .....					
Nombre de frère(s) et soeur(s) : .....					

## Renseignements de l'enfant

Nom : .....
Prénom : .....
Date et lieu de naissance : .....

## Domicile de l'enfant

Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone fixe : ..... Portable : .....

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

.....

## Jours et heures de présence de l'enfant sur la structure

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Arrivée					
Départ					

(Dates à remplir par la structure)

Date d'entrée : .....

Date de sortie : .....

## Renseignements médicaux :

Poids : ..... Taille : .....

Numéro de sécurité sociale (de l'enfant):.....

Signature du représentant légal :

Médecin de famille : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole  Varicelle  Scarlatine  Coqueluche  Rougeole  Oreillons

L'enfant est-il : (joindre un certificat médical)

Asthmatique : ..... Allergique : (à quoi) .....

L'enfant suit-il un traitement de longue durée ? (joindre un certificat médical)

Si oui, lequel ? .....

Pourquoi ? .....

Autres renseignements importants : .....

## Autorisations

### Photos, vidéo et images

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant.....  
autorise l'équipe de la micro-crèche à photographier mon enfant dans le cadre des activités  
proposées individuellement et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à  
l'usage des familles, à l'illustration de documents de la structure.

Signature du responsable légal :

### Sorties

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant.....  
autorise ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe hors de l'enceinte de la micro-  
crèche.

Signature du responsable légal :

### Personnes susceptibles de venir chercher l'enfant

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant.....  
autorise le personnel de la micro-crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après  
avoir préalablement prévenu le personnel de la structure.

Nom, prénom : ..... téléphone : .....

Nom, prénom : ..... téléphone : .....

Nom, prénom : ..... téléphone : .....

Nom, prénom : ..... téléphone : .....

Nom, prénom : ..... téléphone : .....

Nom, prénom : ..... téléphone : .....

Signature du responsable légal :

### **Autorisation pour l'utilisation de l'outil CDAP**

Dans le cadre de l'amélioration du service rendu aux usagers, et afin d'éviter la production de certains justificatifs papier, la famille peut autoriser les responsables de la micro-crèche à consulter leur revenu sur CDAP dans le respect des règles de confidentialité et d'utilisation exclusive des données nécessaires pour le calcul du taux horaire .

L'allocataire autorise l'utilisation de l'outil CDAP et d'en garder une copie écran  
autorise  n'autorise pas

N° d'allocataire : .....

Signature de l'allocataire :

# Pièces obligatoires pour l'inscription

Le dossier d'inscription, ci-dessus, dûment rempli.

Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant.

Une ordonnance médicale d'un antipyrétique (avec le poids de l'enfant).

La photocopie des vaccinations.

Une attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident de l'année en cours.

Une photocopie du livret de famille afin de justifier de l'autorité parentale.

En cas de séparation des parents, présenter le document officiel précisant le droit de garde et l'élection du domicile de l'enfant.

+