



# Service Petite Enfance

## Fiche de renseignements ENFANT

Dossier reçu le :

Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Sexe :  Fille   Garçon 

Adresse : \_\_\_\_\_

CAF n° \_\_\_\_\_  MSA \_\_\_\_\_

	PÈRE	MÈRE
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. portable		
Tél. domicile		
Tél. travail		
@ Mail		
Personne à contacter en cas d'urgence		

NOM de la Structure : \_\_\_\_\_  Régulier  Occasionnel

Nous soussignés,  
Autorisons les personnes citées ci-dessous (personne de plus de 18 ans) à venir chercher notre enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Adresse

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / mention « lu et approuvé »  
Signature des représentants légaux

# Autorisations parentales

Autorisons notre enfant à participer à des sorties et ateliers organisés par la structure.

OUI

NON

Autorisons le personnel de la CCPOH à transporter notre enfant en véhicule (bus ou navette) dans le cadre des activités mises en place par le service Petite Enfance.

OUI

NON

Autorisons la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants :

Publication dans le magazine intercommunal, documents destinés à promouvoir le service et la CCPOH en général, exposition photos dans le cadre des fêtes de fin d'année, anniversaire des enfants..., site internet de la CCPOH, promotion du service et de ses activités dans la presse quotidienne régionale

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vue ne seront pas exploitées dans un but commercial.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI

NON

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et s'engageons à respecter toutes les clauses.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ mention «lu et approuvé» **Signature des représentants légaux**

## Renseignements médicaux



**Joindre une photocopie lisible des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant.**

**Médecin traitant de l'enfant** \_\_\_\_\_ **N° de Tél :** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

Nous soussignés, Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

**Autorisons** le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant :

**Déchargeons** la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital

**Autorisons** 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.

**Nous engageons** à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

**Autorisons** le personnel de la structure à administrer, sous notre responsabilité :

- En cas de maladie de mon enfant, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre, les antipyrétiques selon la prescription du médecin traitant et (ou) selon le protocole établi par le médecin de la structure.
- D'appliquer une pommade sur le siège de mon enfant et de la crème solaire en cas de nécessité.

**Nous engageons** à fournir à l'inscription, une ordonnance d'antipyrétique selon la prescription du médecin traitant, à renouveler tous les 6 mois.

**Certifions** 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.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ mention « lu et approuvé » **Signature des représentants légaux**

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la CCPOH – Pôle services intercommunal 1 place Le Châtelier 60700 Pont-Sainte-Maxence

### Pôle services intercommunal

1 Place Le Châtelier - BP 40256  
60700 Pont-Sainte-Maxence  
Tél. 03 44 29 48 80  
Fax. 03 44 29 48 79  
Mail : poleservices@ccpoh.fr

