

DOSSIER D'INSCRIPTION AU MULTI-ACCUEIL



Centre Social Fresnoy Mackellerie
77 rue de Rome 59100 ROUBAIX
☎ 03.20.24.13.45 ✉ 03.20.36.76.11
Accueil.csfm@gmail.com

Partie réservée au multi-accueil

Type de contrat :

Nom: _____

Prénom: _____

Je suis : Une fille / Un garçon

Je suis né(e) le : _____

Je marche depuis l'âge de : _____

J'ai une tétine oui / non

J'ai un doudou oui / non



PARENT N°1

Nom: _____

Prénom: _____

Lien de parenté: _____

Date de naissance: _____

Lieu de naissance: _____

Profession: _____

Employeur: _____

Numéro allocataire CAF: _____

CAF: Roubaix - Tourcoing / Autre

Nombre d'enfant à charge: _____

Téléphone domicile: _____

Téléphone portable: _____

Adresse: _____

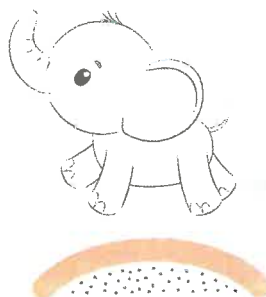
Quartier: Fresnoy / Mackellerie / Tourcoing / Autres

Suivi social, référent AEMO... : _____

Situation familiale: Célibataire / marié(e) / veuf(ve) / concubin(e) /
divorcé(e) / séparé(e) / pacsé(e)

Enfant porteur de handicap à la maison: OUI / NON

Remarques diverses: _____



PARENT N°2

Nom: _____

Prénom: _____

Lien de parenté: _____

Date de naissance: _____

Lieu de naissance: _____

Profession: _____

Employeur: _____

Numéro allocataire CAF: _____

CAF: Roubaix - Tourcoing / Autre

Nombre d'enfant à charge: _____

Téléphone domicile: _____

Téléphone portable: _____

Adresse: _____

Quartier: Fresnoy / Mackellerie / Tourcoing / Autres

Suivi social, référent AEMO... : _____

Situation familiale: Célibataire / marié(e) / veuf(ve) / concubin(e) /
divorcé(e) / séparé(e) / pacsé(e)

Enfant porteur de handicap à la maison: OUI / NON

Remarques diverses: _____



PARENT N°3

Nom: _____

Prénom: _____

Lien de parenté: _____

Date de naissance: _____

Lieu de naissance: _____

Profession: _____

Employeur: _____

Numéro allocataire CAF: _____

CAF: Roubaix - Tourcoing / Autre

Nombre d'enfant à charge: _____

Téléphone domicile: _____

Téléphone portable: _____

Adresse: _____

Quartier: Fresnoy / Mackellerie / Tourcoing / Autres

Suivi social, référent AEMO... : _____

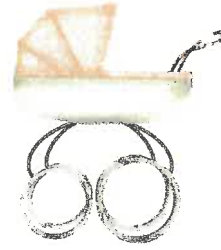
Situation familiale: Célibataire / marié(e) / veuf(ve) / concubin(e) /
divorcé(e) / séparé(e) / pacsé(e)

Enfant porteur de handicap à la maison: OUI / NON

Remarques diverses: _____



PERSONNE AUTORISÉES OU PAS À REPRENDRE L'ENFANT



Autorisées

Nom Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Interdites

Nom Prénom	Téléphone	Lien de parenté

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom	Téléphone	Lien de parenté

À ROUBAIX, LE

SIGNATURES:



FICHE MÉDICALE:

MALADIES

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ RHUMATISME | ☐ OTITE |
| ☐ COQUELUCHE | ☐ ANGINE |
| ☐ OREILLONS | ☐ VARICELLE |
| ☐ SCARLATINE | ☐ RUBÉOLE |
| ☐ AUTRES | ☐ ROUGEOLE |

ALLERGIES

- ☐ ALIMENTAIRE
PRÉCISEZ:
- ☐ MÉDICAMENTEUSE
PRÉCISEZ:
- ☐ ASTHME
- ☐ AUTRE
PRÉCISEZ:

HANDICAP

TRAITEMENT MÉDICAL

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES DES PARENTS

RÉGIME ALIMENTAIRE

- ☐ SANS
- ☐ SANS POISSON
- ☐ VÉGÉTARIEN
- ☐ SANS PORC
- ☐ HALAL
- ☐ AUTRE

PRÉCISEZ:



À ROUBAIX, LE
SIGNATURES:

VACCINS

BCG : INTRADERMOREACTION PRÉVACCINALE :
VACCIN:

ROR : 1ÈRE INJECTION :
2ÈME INJECTION :
3ÈME INJECTION :

DTPCH : 1ÈRE INJECTION :
2ÈME INJECTION :
3ÈME INJECTION :
1ER RAPPEL
2ÈME RAPPEL :

HÉPATITE B : 1ÈRE INJECTION :
2ÈME INJECTION :
3ÈME INJECTION :

CONTRE LES INFECTIONS
INVASIVES À
PNEUMOCOQUE

1ÈRE INJECTION :
2ÈME INJECTION :
3ÈME INJECTION :

AUTRES VACCINATIONS,
PRÉCISEZ:



MÉDECIN TRAITANT

NOM PRÉNOM:

ADRESSE ET TÉLÉPHONE:

SPÉCIALITÉ:

FICHE MÉDICALE:

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

OUI / NON

CONVULSIONS :

OUI / NON

LUNETTES OU PRISE EN
CHARGE VISUELLE :

OUI / NON

DRAINS OU PRISE EN
CHARGE AUDITIVE :

OUI / NON

PRISE EN CHARGE
PSYCHOLOGIQUE:

OUI / NON

PRISE EN CHARGE EN
ORTHOPHONIE,
PSYCHOMOTRICITÉ, ...

OUI / NON

FRÈRE OU SOEUR PORTEUR DE
HANDICAP (POUR UN ALLÈGEMENT
DU TARIF SOUS PRÉSENTATION D'UN
JUSTIFICATIF

OUI / NON



À ROUBAIX, LE
SIGNATURES:

AUTORISATIONS

AUTORISATION D'URGENCES

MR, MME.....

AUTORISE(NT) / N'AUTORISE(NT) PAS

L'ÉQUIPE DU MULTI ACCUEIL À PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES EN CAS D'URGENCE
(HOSPITALISATION, SAMU, POMPIERS, MÉDECIN,...)

SIGNATURES :

AUTORISATION MÉDICAMENTEUSE

MR, MME.....

AUTORISENT / N'AUTORISE(NT) PAS

L'ÉQUIPE DU MULTI ACCUEIL À ADMINISTRER DES ANTIPYRÉTIQUES OU ANTALGIQUES
(PARACÉTAMOL) DONT LA POSOLOGIE SERA ADAPTÉE AU POIDS DE L'ENFANT ET SI AUCUNE
ALLERGIE N'EST SIGNALÉE, EN CAS D'HYPERTHERMIE SUPÉRIEURE À 38° DANS L'ATTENTE DE
L'ARRIVÉE DES PARENTS ET SELON LE
PROTOCOLE DE L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURES :

AUTORISATION DE PRESCRIPTIONS :

MR, MME.....

AUTORISE(NT) / N'AUTORISE(NT) PAS

L'ÉQUIPE DU MULTI ACCUEIL À ADMINISTRER À L'ENFANT LES ÉVENTUELLES MÉDICATIONS
PRÉSCRITES PAR VOTRE MÉDECIN ET SUR PRÉSENTATION DE L'ORDONNANCE UNIQUEMENT.

SIGNATURES:



AUTORISATIONS

AUTORISATIONS DE GOÛTER :

MR, MME.....

AUTORISE(NT) / N'AUTORISE(NT) PAS

L'ÉQUIPE DU MULTI ACCUEIL À DONNER LE GOÛTER CONFECTIONNÉ PAR LES PARENTS OU FOURNI PAR LE MULTI ACCUEIL, DE FAÇON PONCTUELLE.

SIGNATURES:

AUTORISATIONS DE SORTIES

MR, MME.....

AUTORISE(NT) / N'AUTORISE(NT) PAS

L'ÉQUIPE DU MULTI ACCUEIL À SORTIR MON ENFANT DE LA STRUCTURE MULTI-ACCUEIL DANS L'ENCEINTE DE L'ÉTABLISSEMENT CENTRE SOCIAL FRESNOY-MACKELLERIE POUR PARTICIPER À DES TEMPS ORGANISÉS PAR LES AUTRES PÔLES DU CSFM.

SIGNATURES :

AUTORISATIONS DE PHOTOS ET VIDÉOS:

MR, MME.....

AUTORISE(NT) / N'AUTORISE(NT) PAS

L'ÉQUIPE DU MULTI ACCUEIL À DONNER LE GOÛTER CONFECTIONNÉ PAR LES PARENTS OU FOURNI PAR LE MULTI ACCUEIL, DE FAÇON PONCTUELLE.

SIGNATURES :



AUTORISATIONS

CAMPAGNE FILOUE

MR, MME.....

ACCEPTE(NT) / N'ACCEPTE(NT) PAS

QUE DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL SOIENT TRANSMISES À LA CNAF À DES FINS
STATISTIQUES RELATIVES AUX PUBLICS ACCUEILLIS EN ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL DU JEUNE
ENFANT.

SIGNATURES :

AUTORISATION CAFPRO

MR, MME.....

AUTORISE(NT) / N'AUTORISE(NT) PAS

LA DIRECTION À CONSULTER ET À GARDER UNE COPIE DE NOTRE DOSSIER ALLOCATAIRE CAFPRO
AFIN D'ACCÉDER DIRECTEMENT AUX RESSOURCES À PRENDRE EN COMPTE POUR LE CALCUL DES
PARTICIPATIONS FINANCIÈRES.

SIGNATURES :



VOTRE ENFANT

Chaque enfant est unique ! Afin de lui offrir un accueil adapté, nous vous invitons à nous confier les petites habitudes qui comptent pour lui au quotidien (rituels, alimentation, allaitement, sommeil, besoins spécifiques,...)



Je soussigné(e) Madame, Monsieur..
parent(s) de.....
avoir pris connaissance:

des pièces à fournir

du règlement de fonctionnement du multi-accueil

La campagne filoue précise dans le dossier d'inscription (article
21 du RGPD).

Fait à Roubaix, le.....

Signatures:



MULTI-ACCUEIL
CENTRE SOCIAL FRESNOY MACKELLERIE

77 rue de Rome 59100 Roubaix
03.20.24.16.55

