



Dossier administratif CONTRAT D'ENGAGEMENT

Multi-Accueil : « La Cabane Des Petits Bouts »

PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

Date de réception :

- ☐ Un justificatif de domicile (du fournisseur d'électricité, par exemple),
- ☐ Le carnet de santé de l'enfant (les vaccinations doivent être à jour - article 3111-2 du code de la santé publique),
- ☐ Le livret de famille,
- ☐ Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité qui peut être délivré par le médecin traitant,
- ☐ Une ordonnance de Paracétamol, d'Arnigel, Hemoclar et de granule homéopathique d'Arnica Montana et de Camomilla, délivrée par le médecin traitant,
- ☐ Attestation d'assurance à responsabilité civile (article R2324-44 du code de la santé publique).

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Type d'accueil : ☐ Accueil Régulier ☐ Accueil occasionnel

L'enfant bénéficie de l'AEEH ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre de frères et sœurs :

Représentant légal 1 de l'enfant

Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant:

Adresse :

Téléphone fixe : portable (envoi sms possible) :

Profession : N° CAF - Obligatoire pour détermination du tarif :

Etes-vous payeur ? ☐ Oui ☐ Non

Votre adresse mail (obligatoire)@.....

Souhaitez-vous recevoir les factures par E-mail ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous adhérer au paiement en ligne par l'intermédiaire de l'espace citoyen ?

☐ Oui ☐ Non

Représentant légal 2 de l'enfant

Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Téléphone fixe : portable (envoi sms possible) :

Profession : N° de CAF.....

Etes-vous payeur ? ☐ Oui ☐ Non

Votre adresse mail (obligatoire)@.....

Souhaitez-vous recevoir les factures par E-mail ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous adhérer au paiement en ligne par l'intermédiaire de l'espace citoyen ?

☐ Oui ☐ Non

Autre payeur que les responsables légaux :

Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Téléphone fixe : portable (envoi sms possible) :

Votre adresse mail (obligatoire)@.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et Prénom Lien avec l'enfant :
Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personnes majeures autorisées à reprendre mon enfant en mon absence

(sur présentation d'une pièce d'identité au moment de la reprise de l'enfant)

Nom et Prénom Lien avec l'enfant :
Téléphone fixe : portable (envoi sms possible) :

Nom et Prénom Lien avec l'enfant :
Téléphone fixe : portable (envoi sms possible) :

Nom et Prénom Lien avec l'enfant :
Téléphone fixe : portable (envoi sms possible) :

J'autorise mon enfant à :

- **Sortir des locaux** de la structure multi accueil accompagné du Personnel d'encadrement :
☐ Oui ☐ Non
- **Etre transporté** dans le cadre des activités du multi-accueil, par tous les moyens de locomotions mis à disposition par la Ville de DENAIN (à pied, bus, véhicule de loisirs Municipal).
☐ Oui ☐ Non
- Porter du **maquillage** dans le cadre des activités de l'accueil. ☐ Oui ☐ Non
- A être **photographié et/ou filmé** dans le cadre des activités du multi-accueil et j'autorise la Ville de DENAIN à diffuser les images de mon enfant à titre gracieux. ☐ Oui ☐ Non

Les images pourraient être utilisées pour des expositions photos, des projections lors des spectacles destinés aux familles; les images pourraient aussi illustrer un article dans le bulletin municipal, le site internet de la ville, la page multi-accueil La Cabane des Petits Bouts Facebook, ainsi que l'ensemble des plateformes numériques utilisées par la Ville. Cette autorisation est accordée jusqu'aux 4 ans de l'enfant. Toute photo déjà parue ne pourrait faire l'objet d'un retrait. Les enfants ne figurant jamais seuls sur les photos, nous ne pourrions pas fournir de copie des photos. Merci de votre compréhension.

Lu et approuvé, bon pour accord (mention à réécrire) Date et Signature des responsables légaux :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant : Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Date et lieu de naissance :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et Prénom Lien avec l'enfant :
Téléphone fixe : portable (envoi sms possible) :

Médecin traitant :

Nom :
Adresse :
Téléphone :

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

VARICELLE	ROUGEOLE	OREILLONS	RUBEOLE	R.G.O
☐ Oui – ☐ Non	☐ Oui – ☐ Non	☐ Oui – ☐ Non	☐ Oui – ☐ Non	☐ Oui – ☐ Non
COQUELUCHE	SCARLATINE	BRONCHIOLITE	OTITE	Autre
☐ Oui – ☐ Non	☐ Oui – ☐ Non	☐ Oui – ☐ Non	☐ Oui – ☐ Non	

L'enfant suit-il un traitement :

Traitement à long terme ☐ Oui ☐ Non Si oui lequel
Traitement à court terme ☐ Oui ☐ Non Si oui lequel

Allergies :

Asthme : ☐ Oui ☐ Non
Alimentaire : ☐ Oui ☐ Non Si oui laquelle :
Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non Si oui laquelle :

Un PAI* est à mettre en place, nous vous enverrons les documents dans un second temps

PAI* : Un Projet d'Accueil Individualisé est écrit en partenariat avec la famille, le médecin traitant et la structure multi-accueil pour l'enfant atteint d'un trouble de la santé évoluant sur une longue période. Les informations qui y sont révélées, permettent la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et / ou régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Le PAI est à réactualiser tous les ans. Les personnels sont astreints à la discrétion professionnelle.

Vaccination :

Se référer au carnet de santé de l'enfant :

<i>Vaccins obligatoires</i>	Oui	Non	Date des derniers rappels
• Diphtérie Tétanos Poliomyélite	☐	☐	
• Haemophilus influenzae de type B			
• Coqueluche			
Hépatite B	☐	☐	
Pneumocoque	☐	☐	
Méningocoque B	☐	☐	
Rougeole-Oreillons- Rubéole	☐	☐	
Autres (préciser)	☐	☐	

Renseignements complémentaires :

- Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, indiquer lesquelles et les dates.....
- Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) :
.....
.....
- Autres renseignements utiles : (votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires...)
- Votre enfant a-t-il un régime particulier : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, lequel :

Autorisation parentale :

Je soussigné (e)..... Responsable légal de l'enfant, déclare exact tous les renseignements portés sur cette fiche sanitaire (vaccination, traitements médicaux maladies..) et :

- Autorise à administrer du paracétamol (par exemple EFFERALGAN, DOLIPRANE) en cas de fièvre (supérieure à 38.5°) après m'en avoir informé et sur prescription de mon médecin traitant (ordonnance ci-jointe indiquant les noms et prénoms, le poids, la posologie et le nom de l'antipyrétique). L'ordonnance sera à renouveler tous les 3 mois jusqu'à 1 an puis tous les ans - Obligatoire).
☐ Oui ☐ Non
- Autorise les responsables de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (administration de premier soin, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (Obligatoire). ☐ Oui ☐ Non
- Autorise l'application de la crème (Mitosyl, Bépanthén, Oxyplastine) sur le siège de mon enfant en cas d'érythème fessier. J'atteste que mon enfant n'a pas d'allergie à ses crèmes.
☐ Oui ☐ Non
- Autorise l'application de l'Arnigel, Hemoclar ou à donner des granules homéopathiques d'Arnica Montana et de Camomille en cas de nécessité et sur prescription de mon médecin traitant. L'ordonnance sera à renouveler tous les ans..
☐ Oui ☐ Non
- Autorise les responsables de la structure à administrer le collyre ophtalmique prescrits par mon médecin traitant. Je joins l'ordonnance où sont inscrits les noms et prénoms de l'enfant, le nom du médicament et la posologie ainsi que le traitement. ☐ Oui ☐ Non

« Lu et approuvé » (Mention à réécrire)

Date Signature :

AVERTISSEMENT :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et papier, placé sous la responsabilité du Maire de la ville de Denain (Hôtel de ville, 120 rue de Villars BP 50213 659723 DENAIN CEDEX) et destiné aux services municipaux de la ville de DENAIN utilisant le logiciel CONCERTO et concourant à l'accueil d'un enfant (direction enfance et loisirs, Direction scolaire, Direction sports, Direction culturelle). Les données ainsi collectées sur la base légale du contrat et du consentement sont conservées pour une durée de 10 ans (administratif et financier) et de 28 ans pour les documents médicaux. Les destinataires de ces données sont la cnaf (filoué), la société crèche à la demande et hébergé par bubble (pour les réservations d'accueil occasionnel) et les services municipaux de la ville de Denain utilisant le logiciel concerto. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004 et renforcée par le « règlement Général sur la protection des données » (RGPD) de 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent en fonction du type de données et de la base légale du traitement. Vous pouvez exercer ce droit en vous rapprochant du Délégué à la protection des Données de la commune. Par mail : dpo@ville-denain.fr, par téléphone : 03.27.23.59.59, ou par courrier : DPO Ville de Denain 120 rue de Villars BP 50213- 59723 Denain cedex

La réservation des créneaux horaires se réalisera à la semaine par internet via la société Crèche A La Demande en ayant accès au logiciel SAAS www.cald.fr

Vos informations personnelles (un mail, un numéro de téléphone, date de naissance de votre enfant) seront transmises à Crèche A L a Demande

Et hébergés par OVH SAS. En aucun cas crèche à la demande n'interviendra dans la détention des pièces administratives et dans la gestion du dossier d'inscription ou la facturation

J'accepte de transmettre mes informations personnelles :

A la société crèche à la demande ☐ Oui ☐ Non

☐ Je déclare avoir pris connaissance du règlement de la structure et m'engage à en respecter les termes.

« lu et approuvé » bon pour accord » (mention à réécrire)

Date et signature des responsables légaux) :

IMPORTANT : tout changement concernant l'état de santé de votre enfant devra être signalé et accompagné d'un nouveau certificat médical (traitement médical...).
Cette démarche est de l'entière responsabilité des parents

ENQUETE FILOUE SUR LES EAJE

Les caisses d'Allocations familiales participent financièrement au fonctionnement des établissements d'accueil du jeune enfant (Eaje), comme les crèches ou les haltes garderies.

En 2012, elles ont consacré près de 3 milliards d'euros à ces structures pour créer de nouvelles places d'accueil et prendre en charge une partie des dépenses annuelles de ces structures.

Afin d'améliorer l'action de la branche Famille, la Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf) a besoin de mieux connaître les caractéristiques des enfants qui fréquentent ces établissements et leurs familles.

À cette fin, la Cnaf réalise, dans quatre départements, une expérimentation pour produire un recueil d'informations statistiques. La généralisation de ce dispositif est prévue d'ici la fin de l'année 2017. Votre département a été sélectionné pour participer à cette phase expérimentale du projet Filoue (fichier localisé des enfants usagers d'Eaje).

La Cnaf a donc demandé aux gestionnaires des Eaje concernés de lui transmettre, chaque année, un fichier d'informations sur les enfants accueillis (âge, commune de résidence, numéro allocataire des parents ou régime de sécurité sociale si les parents n'ont pas de dossier à la Caf) et aux modalités de leur accueil (nombre d'heures, facturation). Vous trouverez le détail de cette opération sur les sites: www.mon-enfant.fr (rubrique actualités) ou www.caf.fr (rubrique études et statistiques). En outre, une adresse mél est mise à votre disposition : filoue.cnaf@cnaf.fr. Ces données ne seront exploitées que pour produire des statistiques: elles seront donc rendues anonymes avant leur utilisation par la Cnaf.

Conformément à l'article 7 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée (Informatique et Liberté), vous pouvez vous opposer à cette transmission de données.

J'accepte que des données à caractère personnel soient transmises à la CNAF à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les EAJE.

☐ Oui

☐ Non

Signatures des responsables légaux :