



**MICRO-CRECHE Les cHOCos'diles**  
**Mme Valérie DUGOIS**  
**26 Grande rue de Coulmier**  
**51240 LA CHAUSSEE-SUR-MARNE**  
**Micro-crèche: 03.26.72.21.77**  
**Directrice : 06.83.63.73.48**

## **FICHE D'INSCRIPTION 2017**

**Monsieur** : .....

**Madame** : .....

Le père, la mère, le tuteur légal, soussigné, inscrit mon enfant, après avoir pris connaissance du règlement de la structure d'accueil.

Je soussigné,..... **Autorise** mon enfant désigné, Nom Prénom : ..... à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre du Projet Pédagogique et déclare accepter les conditions d'inscription à l'accueil.

**Autorise** l'association à photographier, filmer mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques proposées et les intégrer dans un journal, tract, exposition, communication... Oui  Non

**Autorise** mon enfant à participer à la passerelle avec l'école suivant sont âge Oui  Non

**Autorise** mon enfant à sortir en dehors de la structure dans le cadre du projet pédagogique. Oui  Non

**Autorise** la prise d'antipyrétique si fièvre supérieur à ..... (**uniquement sur ordonnance**)

**Autorise** les personnes désignées à prendre en charge mon enfant dans la structure ou pour des activités extérieures. Oui  Non

**Autorise** en cas d'impossibilité à nous joindre ou joindre d'autres personnes de la liste, si la situation l'exige, que notre enfant soit hospitalisé sur conseil d'un médecin ou toute autre personne habilitée.

"LU ET APPROUVE"

Fait à La Chaussée-sur-Marne le .....2017

**SIGNATURE DU PERE**

**SIGNATURE DE LA MERE**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

➤ **NOM et PRENOM** de l'enfant : .....

➤ **Date de Naissance** : .....

Fréquentera :

➤ **La Micro-Crèche** régulièrement  (1)

➤ **La Micro-Crèche** occasionnellement  (en fonction des places disponibles)

**N° téléphone personnel** .....

**N° tél portable de la mère** ..... **portable du père** .....

**N° tél. du travail du père** .....

**N° tél. du travail de la mère** .....

➤ **En cas d'accident prévenir** de préférence le Docteur .....

N° téléphone .....

Situation familiale (1) : marié - célibataire – divorcé – vie marital

**En cas d'absence des parents, NOM et Adresse** des personnes habilitées à reprendre l'enfant : (sur présentation CI)

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS DIVERSES** : .....

.....

## RENSEIGNEMENTS CAF - MSA ou AUTRES

(1) Mr, Mme, Melle (Nom, prénom) : .....

Adresse : .....

Nombre d'enfants (selon prestations familiales):

**N° carte adhérent** association FAMILLES RURALES : N° ... .....avec photocopie si autre commune

➤ **N° d'immatriculation** à la Sécurité Sociale ou autres régimes de protection sociale :

➤ **Caisse d'Allocations Familiales** (1) : CAF - MSA - MGEN - Fonctionnaire - Militaire - Autres .....

➤ **N° d'Allocataire** :

**NOM de l'employeur** Du père : .....

De la mère : .....

(1) Rayer les mentions inutiles