



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
MULTI-ACCUEIL DE PRECY-SUR-OISE**

Date d'inscription :/...../.....

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

Nom et prénom (père) :

Nom et prénom (mère) :

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ divorcé(e) ☐ marié(e) ☐ séparé(e) ☐ vie maritale

Adresse complète :

.....

Numéros de téléphone :

Tél domicile (père) :

Tél domicile (mère) :

Tél portable (père) :

Tél portable (mère) :

Tél professionnel (père) :

Tél professionnel (mère) :

Courriel (père) :

Courriel (mère) :

Nombre d'enfants à charge :

Recevez-vous des prestations familiales : oui ☐ non ☐

Si oui, par quel organisme : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐

Numéro d'allocataire :

Fait à....., le.....

**Signatures
des responsables légaux :**

Autorisation permanente des personnes pouvant venir chercher l'enfant :

Je soussigné(e).....

autorise Mr / Mme Tél :

autorise Mr / Mme Tél :

autorise Mr / Mme Tél :

à récupérer mon enfant au multi-accueil.

Tout changement concernant cette autorisation devra être impérativement inscrit sur la fiche de renseignements.

Fait à le.....

**Signatures
des responsables légaux :**

Autorisation photos / vidéos :

Je soussigné(e) Mr / Mme.....responsable de.....
autorise les professionnels de l'équipe de la structure à prendre des photos et des vidéos de mon enfant dans le cadre du service petite enfance.

Autorisation de sortie :

Je soussigné(e) Madame / Monsieur....., autorise l'équipe de la structure à accompagner mon enfant à l'extérieur des locaux de la structure.

Fait à....., le.....

Signatures
des responsables légaux :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom :

Tél : Lien de parenté :

Nom et prénom :

Tél : Lien de parenté :

Fait à....., le.....

Signatures
des responsables légaux :

Renseignements médicaux :

Votre enfant présente t-il une allergie (alimentaire, médicamenteuse,...) : oui ☐ non ☐

Nécessite t-elle d'un P.A.I (Projet d'Accueil Personnalisé) : oui ☐ non ☐

Autorisation de soins d'urgence :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,....., responsable
de l'enfant autorise la directrice ou la responsable, en cas d'absence de
cette dernière, à contacter le SAMU, qui prendra, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, transport à
l'hôpital, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires au vue de l'état de santé de l'enfant.

Fait à, le.....

Signatures
des responsables légaux :

Acceptation du présent règlement :

Je soussigné(e) Madame / Monsieur....., responsable
de l'enfant..... déclare avoir pris connaissance du présent règlement et l'accepte dans
son intégralité.

Fait à....., le..... .

Signatures
des responsables légaux :

Autorisation pour la consultation du compte des familles allocataires :

Je soussigné(e) Madame / Monsieur.....,

demeurant à..... .

autorise la directrice de la structure à consulter certaines données de la base allocataire par l'intermédiaire du
service CAFPRO, pour le calcul de la structure.

Numéro d'allocataire..... de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Oise.

Fait à....., le..... .

Signatures
des responsables légaux :