

ANNEXE 1

Petite Enfance



Votre enfant est admis au Multi-accueil intercommunal.
Pour cela remplissez les pages annexe de ce dossier, et ramenez le tout à l'adresse
Ci-dessous, accompagné des pièces additionnelles obligatoires.
Il vous sera demandé chaque année une réactualisation de ce dossier

Pièces obligatoires à joindre lors de l'inscription :

- Avis d'imposition (année n-1 sur les revenus n-2) en intégralité
- Photocopie de votre N° d'allocataire CAF, CCSS, SPME
(si vous ne percevez pas d'allocation)
- Autorisation suivantes :
 - *Hospitalisation
 - * Sortie de l'établissement avec un tiers
 - * Dossier médical rempli et signé par le pédiatre
- Planning prévisionnel des heures de présence de l'enfant
- Planning prévisionnel des semaines d'absence de l'enfant
- Règlement de fonctionnement signé (à consulter sur le site www.sivom-villefranche.org)

Inscription à remettre au

MULTI ACCUEIL INTERCOMMUNAL « LES PETITS PAS »
690 b, bd Maréchal Leclerc
06 360 Eze
Tél : 04 93 41 16 20
Site internet : www.sivom-villefranche.org
E-mail : multiaccueill.eze@sivom-villefranche.org

UNE ADAPTATION ÇA SERT à QUOI?

Maman,
Pour que nous soyons heureux tous les deux,
Ecoute mon secret :
J'aimerais visiter le Multi accueil avec toi,
Faire connaissance des personnes avec toi.

Comprends-moi bien, j'ai envie de rester,
Mais je n'ai pas envie d'être séparé de toi,
Ne me gronde pas si j'ai le cœur gros, si e pleure

ET si la garderie ne m'enchanté pas dès le premier jour.

Si je pouvais emporté mon objet chéri,
Je me sentirais un peu rassuré.
Ne t'éclipse pas en cachette derrière mon dos,
Je serais affolé et je n'oserais plus te quitter des yeux
De peur que tu disparaisses à nouveau.

Quand je me sentirai bien, ne ait pas durer les adieux
Comme s c'était moi qui t'abandonnais.

Dis-moi à que moment tu viendras me chercher :
Après le goûter? Quand tu auras fini tes courses?
Je ne connais pas les heures t le temps m paraît pus long qu'à toi
J'aimerais que u me racontes ce que tu as fais pendant mon absence...
Du reste, moi aussi j'aurai des choses à te raconter;
Dis-moi quand on aura le temps de se parler.

CONTRAT D'ACCUEIL

2020 / 2021



	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h00 - 9h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9h00 - 10h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10h00 - 11h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11h00 - 12h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12h00 - 13h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13h00 - 14h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14h00 - 15h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15h00 - 16h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16h00 - 17h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17h00 - 18h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18h00 - 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné, Madame, Monsieur
 Parents de Certifie avoir acheté le nombre d'heures.
 Défini sur le tableau ci-dessus pour la période d'août 2020 à août 2021

Nous nous engageons à respecter les horaires indiqués ci-dessus.

Toute absence me sera facturée (Cf Règlement de fonctionnement)

Date :/...../2020

Signature de la mère :

Signature du père :

MULTI ACCUEIL INTERCOMMUNAL "LES PETITS PAS"

*PLANNING DES SEMAINES D'ABSENCE DE VOTRE ENFANT
DU 25 AOUT AU 23 DECEMBRE 2020*

Cocher uniquement les semaines d'absences prévues		
AOUT ET SEPTEMBRE		
	Du 25 au 28	
	Du 31 au 4	
	Du 7 au 11	
	Du 14 au 18	
	Du 21 au 25	
OCTOBRE		
	Du 28 au 2 octobre	
	Du 5 au 9	
	Du 12 au 16	
	Du 19 au 23	
	Du 26 au 30	
NOVEMBRE		
	Du 2 au 6	
	Du 9 au 13	
	Du 16 au 20	
	Du 23 au 27	
	Du 30 au 4 décembre	
DECEMBRE		
	Du 7 au 11	
	Du 14 au 18	
	Du 21 au 23	
FERMETURE POUR CONGES DU 24 DECEMBRE AU 1ER JANVIER 2021 INCLUS		

Je soussigné (e) Monsieur et/ou Madameparents de
..... avons pris connaissance qu'aucune modification ne sera possible.

Date :2020

Signature de la mère :

Signature du père :

**AUTORISATION de SORTIE de
L'ETABLISSEMENT POUR LES TIERS**

Autorisation pour pouvoir faire sortir un enfant confié au Multi accueil intercommunal « Les Petits Pas », 690 b, boulevard Maréchal Leclerc, 06360 Eze Village

Je Soussigné (e),

Nom: Prénom :.....

Adresse :

.....

Agissant en qualité de : Père Mère

Exerçant l'autorité parentale en commun avec

M. , son père

Mme , sa mère

Seul (e) en qualité de Père d'un enfant dont la filiation n'a été établie qu'à mon égard
Mère d'un enfant dont la filiation n'a été établie qu'à mon égard

Seule (e) par décision de justice en date du(photocopie ci-jointe)

Au profit de l'enfant :

Nom: Prénom :.....

Date de naissance :

Déclare et autorise expressément Monsieur ou Madame :

Nom: Prénom :.....

Nom: Prénom :.....

Nom: Prénom :.....

Nom: Prénom :.....

Qui muni (e) (s) d'un pièce d'identité, est habilité(e) (s) par mes soins à faire sortir en mes lieu, place et autorité, mon enfant ci-dessus mentionné.

Toute modification à cette autorisation doit être notifié par écrit à la directrice du Multi Accueil.

La présente autorisation est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Eze le :/...../.....

Signature du Père

Signature de la Mère

DOSSIER MEDICAL : ANTECEDENTS MEDICAUX

Date.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom du pédiatre :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Naissance : Terme :
Poids :

Hospitalisation :

Antécédents Bronchiolites :
Gastro :
ORL :

Antécédents familiaux :

Allergie ou intolérance connue pouvant nécessiter un P.A.I

TRAITEMENTS :

Vitamines :
Traitements de fond :

VACCINATIONS : à remplir par le pédiatre.

Pour les enfants nés après le 1er janvier 2018 **les 11 vaccinations sont obligatoires selon le calendrier vaccinal.**

Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, seule la vaccination DTP est exigée, les autres sont vivement recommandée.

	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois
Diphtérie- Tétanos- Poliomyélite	../..	../..		../..		
Coqueluche	../..	../..		../..		
Haemophilus influenzae de type b (HIB)	../..	../..		../..		
Hépatite B	../..	../..		../..		
Pneumocoque	../..	../..		../..		
Méningocoque C			../..		../..	
Rougeole-Oreillons- Rubéole					../..	../..

AUTRES VACCINATIONS	DATE

Autorisation pour Traitement

Je soussigné(e) madame, monsieur

Mère, père(1) de l'enfant

Autorise la directrice adjointe (infirmière puéricultrice) du Multi accueil « les Petits Pas » à administrer selon le protocole et en fonction des situations :

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1) En cas d'hyperthermie et / ou douleur : | | | | |
| *DOLIPRANE suspension buvable | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| * DOLIPRANE suppositoire | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2) En cas de chute, coups, morsure : | | | | |
| * HEMOCLAR | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| * ARNICA 9 ch granules | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3) En cas de plaie avec écorchure cutanée : | | | | |
| * Désinfection avec Biseptine | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4) Si réaction allergique à une piqûre d'insecte : | | | | |
| * Désinfection + APAYSIL Bébé | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si diarrhée aigüe : | | | | |
| * Stopper le lait habituel | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| * Faire régime (carottes, riz, bananes,...) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

Validation du pédiatre de l'enfant
Signature et cachet

Signatures des parents

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e).....

Nom Prénom

Demeurant à

.....

- Autorise le responsable de l'établissement d'accueil à prendre toutes mesure utiles, soit en cas d'accident survenant à mon enfant, soit à des faits susceptibles de porter atteinte à la santé ou à sa sécurité, au regard à l'urgence à faire conduire mon enfant en service d'urgence hospitalier.
- Prends acte que l'établissement me prévient dès la survenance des faits précités.
- Si les parents ne peuvent être joints et selon l'urgence apparente, l'enfant pourra être examiné et éventuellement hospitalisé :
 - Fondation LENVAL (1)
 - Hôpital de Monaco (1)

Faire précéder de la mention « Lu et Approuvé, bon pour autorisation »

Signature :

Eze, le :

(1) Rayer la mention inutile

Nom : Prénom :

ALIMENTATION

L'alimentation en EAJE doit se conformer à des exigences réglementaires, respecter des normes d'hygiène très strictes et répondre aux principes diététiques permettant une croissance harmonieuse de l'enfant.

Elle doit aussi respecter les goûts et les habitudes alimentaires de chacun. Tous les repas sont confectionnés par la cuisinière avec des produits frais ou surgelés.

Régime alimentaire médical : Un P.A.I sera mis en place avec le médecin traitant et le pédiatre de la crèche; Nous fournir une ordonnance médicale avec les aliments interdits et un protocole en cas de réaction allergique.

Régime alimentaire particulier : NON

OUI à préciser.....

Avec l'accord des parents et la validation du pédiatre de l'enfant, nous proposons le protocole de diversification alimentaire ci-près. L'enfant découvrira les nouvelles saveurs et/ ou textures avec ses parents, la crèche prendra le relais.

Lait 2ème âge : à partir de 5 mois

Lait entier ou lait de croissance : à partir de 12 mois.

Produits laitiers : Yaourts, fromage blanc, petits suisse et fromage (pasteurisés) à partir de 5 mois.

Fruits : Tous à partir 5 mois (uniquement dans les gateaux : noix, noisettes et amandes en poudre)

Légumes : Tous (pommes de terre à partir de 5 mois)

Viandes : Toutes sauf le porc (jambon uniquement)

Poissons : Tous

Produits céréaliers : pain, pâtes et riz à partir de 6 mois.

Validation du pédiatre de l'enfant
Cachet et signature

Signature des parents

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

JE SOUSSIGNE..... CERTIFIE AVOIR PRIS
CONNAISSANCE DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DU MULTI-ACCUEIL SUR LE SITE DU
Sivom-villefranche.org sous-menu petite enfance.

LU ET APPROUVE

LE :

A :

SIGNATURES

Des parents ou du responsable légal

Pièce à présenter dûment signée avec l'ensemble du dossier d'inscription lors du rendez-vous
d'admission.