

## 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](http://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](http://www.sivom-villefranche.org)

E-mail : [multiaccueil.eze@sivom-villefranche.org](mailto:multiaccueil.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 je pleure

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

Si je pouvais emporter 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 sentirais bien, ne fait pas durer les adieux  
Comme si c'était moi qui t'abandonnais.

Dis-moi à quel moment tu viendras me chercher :  
Après le goûter? Quand tu auras fini tes courses?  
Je ne connais pas les heures et le temps me paraît plus long qu'à toi  
J'aimerais que tu me racontes ce que tu as fait pendant mon absence...  
Du reste, moi aussi j'aurai des choses à te raconter;  
Dis-moi quand on aura le temps de se parler.

PREVISIONNEL D'ACCUEIL  
ANNEE 2022 / 2023

HORAIRES	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 et Monsieur .....  
Parents de ..... certifie avoir acheté le nombre d'heures  
défini sur le tableau ci-dessus pour la période de septembre 2022 à août 2023.

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

Toute absence me sera facturée ( Cf règlement de fonctionnement)

Date : ...../...../2022

Signature de la mère :

Signature du père :

## MULTI ACCUEIL INTERCOMMUNAL "LES PETITS PAS"

### CALENDRIER PREVISIONNEL DES SEMAINES D'ABSENCE DE VOTRE ENFANT DU MARDI 30 AOUT AU 21 DECEMBRE 2022

Cocher uniquement les semaines d'absence prévues		
AOUT		
Facturation en journées supplémentaires suivant le contrat d'accueil	Du 30 au 2 septembre	
SEPTEMBRE		
	Du 5 au 9	
	Du 12 au 16	
	Du 19 au 23	
	Du 26 au 30	
OCTOBRE		
	Du 3 au 7	
	Du 10 au 14	
	Du 17 au 21	
	Du 24 au 28	
NOVEMBRE		
Fermeture le 1er novembre	Du 31 octobre au 4	
	Du 7 au 11	
Fermeture le 11 novembre	Du 14 au 18	
	Du 21 au 25	
	Du 28 au 2 décembre	
DECEMBRE		
Facturation en journées supplémentaires suivant le contrat d'accueil	Du 5 au 9	
	Du 12 au 16	
	Du 19 au 21	
FERMETURE VACANCES DE NOEL DU 22 AU 30 DECEMBRE INCLUS		

Je soussigné (e) Monsieur et/ou Madame .....

parents de ..... avons pris connaissance qu'aucune modification ne sera possible.

Date : ...../...../2022

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

Le présent dossier médical doit être dûment rempli et signé par votre pédiatre référent. A ce dossier médical, vous devrez fournir, obligatoirement en annexe, un certificat d'aptitude à la collectivité datant de moins de deux mois avant l'entrée en collectivité.

Nom du pédiatre : ..... Date : .....

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	

### ANTECEDENTS DE L'ENFANT :

Naissance → Terme : ..... Poids : ..... Hospitalisation : .....

Médicaux →

Allergie / intolérance →

### VACCINATION :

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, onze vaccinations sont désormais obligatoire selon le calendrier vaccinal du ministère des solidarités et de la santé que vous pouvez retrouver dans le carnet de sante de votre enfant.

Merci de joindre une copie des vaccinations de votre enfant à ce dossier.

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

Validation du pédiatre : (signature & cachet ) :

## Autorisation d'administration de médicaments

Je soussigné(e) madame / monsieur .....

Mère, père de l'enfant .....

Autorise la directrice adjointe, infirmière puéricultrice du multi-accueil « les Petits Pas » à administrer les médicaments suivants, conformément aux protocoles médicaux en vigueur ; validés par le pédiatre rattaché à la collectivité :

- |   |     |                          |                              |
|---|-----|--------------------------|------------------------------|
| 1. En cas de fièvre ( $\geq 38,5^\circ$ ) et / ou douleur : |     |                          |                              |
| a. DOLIPRANE suspension buvable                             | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| b. DOLIPRANE suppositoire                                   | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| 2. En cas de chute, coups, morsures :                       |     |                          |                              |
| a. HEMOCLAR Pommade   | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| b. ARNICA 9 ch Granules                                     | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| 3. En cas de plaie, avec écorchure cutanée :                |     |                          |                              |
| a. Désinfection avec BISEPTINE                              | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| b. Désinfection avec CHLOREXIDINE                           | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| 4. En cas d'allergie  |     |                          |                              |
| a. AERIUS en sirop  | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| b. CELESTENE en sirop                                       | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| 5. En cas de réaction allergique à une piqûre :             |     |                          |                              |
| a. Désinfection + APAISYL bébé                              | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| 6. En cas de diarrhée et / ou vomissements :                |     |                          |                              |
| a. ADIARIL, solution de réhydratation orale                 | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| b. Stopper les laitages                                     | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| c. Proposer un régime constipant                            | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |
| 7. En cas de gêne respiratoire :                            |     |                          |                              |
| a. VENTOLINE spray inhalation                               | OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NON |

Signature du pédiatre

Signatures des parents

### En cas de traitement à prendre sur le temps d'accueil :

L'infirmière puéricultrice est habilitée à administrer les traitements de votre enfant sur son temps d'accueil, dans la mesure où la copie de l'ordonnance lui ai fournit ainsi que les médicaments à administrer.

Les médicaments doivent être fournis dans leur(s) emballage (s) d'origine et non ouverts (s).

Fait le.....

Signatures des parents :

## Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e).....Père / mère de l'enfant.....

Domicilé.....

- Autorise l'équipe de direction de l'établissement d'accueil de mon enfant à prendre toutes les mesures 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 de l'urgence à faire conduire mon enfant en service d'urgence pédiatrique hospitalier.
- Prends acte que l'établissement me préviendra dès la survenance des faits précités.
- Si les parents ne peuvent être joints et selon l'urgence apparente, mon enfant pourra être pris en soin et éventuellement hospitalisé à (entourer le lieu retenu) :

FONDATION LENVAL NICE

HOPITAL PRINCESSE GRACE MONACO

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

**Date :**

**Signature des parents :**



**ALIMENTATION**

En établissement d'accueil du jeune enfant, l'alimentation doit se conformer à des exigences réglementaires, respect et des normes d'hygiène strictes et répondre à l'apport diététique. L'objectif est de répondre aux besoins de l'enfant et de lui permettre d'avoir un développement harmonieux.

Au sein de l'établissement, les repas proposés aux enfants sont proposés par le cuisinier et la directrice adjointe et cuisinés par le cuisinier, offrant, au maximum, aux enfants une diversité de produits locaux, labellisés, issus d'une agriculture biologique et provenant de France.

Pour les plus jeunes, la structure respectera le protocole de diversification alimentaire remis aux parents par le pédiatre référent de l'enfant. L'enfant découvrira de nouvelles saveurs et / ou textures avec ses parents, la crèche le relai.

Tous les repas sont confectionnés sur place par le cuisinier avec des produits frais, pour certains issus de l'agriculture biologique ou surgelés.

Votre enfant a-t-il une intolérance / allergie alimentaire ? Si oui, merci de préciser :

.....

En cas d'intolérance ou d'allergie alimentaire, il vous faudra, en collaboration avec votre pédiatre référent, l'équipe de direction et le pédiatre rattaché de la structure instaurer un Projet d'Accueil Individualisé. Ce document reprendra notamment le type d'allergie, la conduite à tenir ainsi que les médicaments à administrer en cas de réponse allergique à un aliment.

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, merci de préciser :

.....

.....

Date :

Signature des parents :

**Validation du pédiatre de l'enfant**

Signature et cachet

## ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

JE SOUSSIGNE (E)..... CERTIFIE AVOIR  
PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DU MULTI-ACCUEIL SUR LE SITE  
DU [www.sivom-villefranche.org](http://www.sivom-villefranche.org) sous-menu petite enfance.

Lu et approuvé

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.