



En vue de compléter votre dossier d'inscription, et pour le calcul du contrat, merci de nous fournir rapidement les photocopies suivantes et le dossier joint, dûment signé par les deux parents :

- ❖ Avis d'imposition de l'année N-2 pour les deux parents, les quatre pages (Exemple : pour une rentrée en 2025, fournir l'avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023).
- ❖ Justificatifs de moins de trois mois, d'activité Professionnelle (bulletin de salaire, extrait K-BIS...), pour les deux parents.
- ❖ Justificatif de domicile de moins de trois mois.
- ❖ Livret de famille (parents + fratrie).
- ❖ Les Photocopies des deux pages du carnet de vaccination de votre enfant (veillez à noter le nom, prénom et date de naissance de votre enfant sur chacune des pages).
- ❖ Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité.
- ❖ Remplir le dossier ci-joint.

Ema HOSER



Section : Année :

FICHE D'INSCRIPTION

L'ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Nom et prénom du médecin traitant ou pédiatre :

Tél. :

Entrée à la crèche :

Date souhaitée :

Date de reprise de travail de la maman :

(Prévoir une à deux semaines pour l'adaptation progressive)



JOURS ET HEURES DE GARDE DE L'ENFANT (au quart d'heure) :

JOURS	ARRIVEE Accueils entre 7h45 et 9h30	DEPART Départ matin entre 11h45 et 12h00 (sauf section des bébés) Après-midi à partir de 15h00 jusqu'à 18h30
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (en dehors des parents) :

Nom, Prénom : Lien de parenté Tél. :

Nom, Prénom : Lien de parenté Tél. :

Nom, Prénom : Lien de parenté Tél. :

Nom, Prénom : Lien de parenté Tél. :



LES PARENTS :

Père

Nom :

.....

Prénom :

.....

N° Mobile :

.....

Tél. travail :

.....

Mail personnel :

.....

Adresse

.....

Mère

Nom :

.....

Prénom :

.....

N° Mobile :

.....

Tél. travail :

.....

Mail personnel :

.....

Adresse

.....

Assurance responsabilité civile :

Compagnie : N° contrat :

Roquefort-les-Pins, le

Signatures des parents,



NOTE D'INFORMATION DES ALLOCATAIRES

----- Caisse Nationale d'Allocations Familiales

Madame, Monsieur,

Nous tenons à vous informer que la Caisse d'Allocations Familiales des Alpes-Maritimes met à votre disposition un service Internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

Nom de l'enfant :

Régime d'allocataire :
(Régime Général, Régime Agricole MSA, Caisse Monégasque)

Nom de l'Allocataire :

N° d'Allocataire :

Nombre d'enfants à charge :

Nombre d'enfants à charge bénéficiant de l'AEEH :
(utile pour le calcul du tarif horaire)

J'autorise la Crèche Boule de Gomme à consulter mon dossier d'allocations familiales.

Roquefort-les-Pins, le

Signatures des parents,



NOM et PRENOM de l'enfant :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

FICHE MEDICALE

A compléter par les parents

Antécédents

Maladies antérieures :

Hospitalisations et interventions :

Recommandations alimentaires, dans le cadre uniquement d'un Projet d'Accueil Individualisé : Le PAI est un document qui doit être établi par votre médecin traitant ou pédiatre, et renouvelé à chaque rentrée scolaire. En cas d'évolution ou d'arrêt du PAI en cours d'année, le document devra être remis à jour.

Allergies connues (PAI) :



**AUTORISATION PARENTALE
D'HOSPITALISATION**

Nous, soussignés, Mr et Mme, autorisons le transfert de notre fille, fils à l'hôpital en cas de nécessité, ainsi que l'exécution des soins urgents.

Roquefort-les-Pins, le

Signatures des parents,



NOM et PRENOM de l'enfant :

NOMS et PRENOM des deux parents :
.....

AUTORISATION DE SORTIE

Nous autorisons notre enfant à sortir de la crèche, accompagné du personnel de la crèche et encadré par la police municipale, pour aller :

- À la médiathèque
- À l'école maternelle
- À une manifestation exceptionnelle

Roquefort-les-Pins, le

Signatures des parents,

AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOS

Nous autorisons :

- Le personnel de la crèche** à prendre des photos de notre enfant, qui resteront en interne,
- La mairie**, à les publier à des fins non commerciales sur tous supports communaux de communication (Facebook, site mairie, presse...).

Roquefort-les-Pins, le

Signatures des parents,



NOM et PRENOM de l'enfant :

FORMULAIRE D'AUTORISATION PARENTALE :
- Prise de température
- Administration du paracétamol en crèche.

Mode de surveillance de la température :

La température de votre enfant sera prise prioritairement avec un thermomètre frontal sans contact.

En cas de doute uniquement, j'autorise le personnel de la crèche à contrôler la température de mon enfant en rectal.

Je soussigné(e),autorise l'ensemble du personnel de la crèche municipale de Roquefort les Pins à administrer le paracétamol à mon enfant, en cas de température supérieure ou égale à 38,5°C, ou en cas de douleur persistante, en fonction du poids de mon enfant.

Nous vous contacterons toujours par téléphone au préalable afin de vous informer de la situation.

Roquefort-les-Pins, le

Signatures des parents,



Veillez consulter les documents suivants que vous pouvez retrouver en ligne, sur le site de la mairie (onglet Jeunesse, Petite Enfance, Boule de Gomme) :

- Je reconnais avoir pris connaissance et **accepter le Règlement de Fonctionnement** des crèches Boule de Gomme et Les Galo'Pins
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepter le **Protocole des Recommandations Sanitaires** des crèches Boule de Gomme et Les Galo'Pins

SIGNATURES : Noter en toutes lettres, pour chaque parent, la mention : « Lu et approuvé » à côté de votre signature.

NOM et Prénom du PERE

Date.....Signature :

NOM et Prénom de la MERE

Date.....Signature :



CALENDRIER DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES à partir du 1^{er} janvier 2025

Les enfants nés à partir du 1^{er} juillet 2023 sont éligibles à cette obligation vaccinale.



A partir du 1^{er} janvier 2025

Age de l'enfant à l'entrée en collectivité	Vaccination pour protéger contre	Nombre de doses que l'enfant doit avoir reçu au minimum	Nom commercial des principaux vaccins
3 mois 4 mois	Diphtérie Tétanos Polioomyélite Coqueluche Haemophilus influenzae b Hépatite B	1 dose	INFANRIX HEXA® ou HEXYON® ou VAXELIS® *
	Pneumocoque	1 dose	PREVENAR 13® ou PNEUMOVAX®
	Méningocoque B	1 dose	BEXSERO®
5 mois 6 mois 7 mois 8 mois 9 mois 10 mois 11 mois	Diphtérie Tétanos Polioomyélite Coqueluche Haemophilus influenzae b Hépatite B	2 doses	INFANRIX HEXA® ou HEXYON® ou VAXELIS® *
	Pneumocoque	2 doses	PREVENAR 13® ou PNEUMOVAX®
	Méningocoques ACWY Vaccination effectuée à 6 mois OU Méningocoque C Vaccination effectuée à 5 mois	1 dose	NIMENRIX® ** OU NEISVAC® (si vacciné avant le 01/01/2025 contre le méningocoque C)
	Méningocoque B	2 doses	BEXSERO®
12 mois 13 mois 14 mois 15 mois	Diphtérie Tétanos Polioomyélite Coqueluche Haemophilus influenzae b Hépatite B	3 doses	INFANRIX HEXA® ou HEXYON® ou VAXELIS® *
	Pneumocoque	3 doses	PREVENAR 13® ou PNEUMOVAX®
	Méningocoques ACWY Vaccination effectuée à 6 mois et à 12 mois OU Méningocoque C Vaccination effectuée à 5 mois et à 12 mois	2 doses OU 2 doses si déjà vacciné avant 12 mois 1 dose si vacciné après 12 mois	NIMENRIX® ou MENJUGATE® ** OU NEISVAC® OU MENJUGATE® (si vacciné avant le 01/01/2025 contre le méningocoque C)
	Méningocoque B	3 doses	BEXSERO®
	Rougeole, Oreillons, Rubéole Vaccination effectuée à 12 mois	1 dose	M-M-RVaxPro® OU PRIORIX®
16 mois et plus	Diphtérie Tétanos Polioomyélite Coqueluche Haemophilus influenzae b Hépatite B	3 doses	INFANRIX HEXA® ou HEXYON® ou VAXELIS® *
	Pneumocoque	3 doses	PREVENAR 13® ou PNEUMOVAX®
	Méningocoques ACWY Vaccination effectuée à 6 mois et à 12 mois OU Méningocoque C Vaccination effectuée à 5 mois et à 12 mois	2 doses OU 2 doses si déjà vacciné avant 12 mois 1 dose si vacciné après 12 mois	NIMENRIX® ou MENJUGATE® ** OU NEISVAC® OU MENJUGATE® (si vacciné avant le 01/01/2025 contre le méningocoque C)
	Méningocoque B	3 doses	BEXSERO®
	Rougeole, Oreillons, Rubéole	2 doses	M-M-RVaxPro® OU PRIORIX®

* La vaccination contre l'hépatite B peut être pratiquée séparément (vaccin ENGERIX® ou HEVAXPRO®) et est associée au vaccin INFANRIXQUINTA® ou PENTAVAC®. Le nombre de doses est identique.

** A partir du 01/01/2025, la vaccination contre les méningocoques ACWY remplace celle contre le méningocoque C. Si l'enfant a été vacciné avec 2 doses contre le méningocoque C (vaccin NEISVAC® ou MENJUGATE®) avant le 01/01/2025, le schéma vaccinal est complet, il est à jour. Si l'enfant a reçu 1 dose à 6 mois contre le méningocoque C avant le 01/01/2025, il recevra un rappel à 12 mois contre les méningocoques ACWY (vaccin NIMENRIX®). Si l'enfant est vacciné à partir du 01/01/2025, il recevra 1 dose à 6 mois (vaccin NIMENRIX®) et un rappel à l'âge de 12 mois (vaccin NIMENRIX® ou MENJUGATE®).

Nous avons bien pris connaissance du calendrier vaccinal et du caractère obligatoire de le respecter, pour notre enfant :

Date :

Signatures des parents :



**FORMULAIRE D'AUTORISATION PARENTALE :
Application de crème solaire.**

Je soussigné,, autorise l'ensemble du personnel de la crèche municipale de Roquefort les Pins à appliquer la crème solaire, pour mon enfant

NOM : PRENOM :

La crème solaire à apporter par les parents devra être non entamée et restera à la crèche.

(Prenez soin de tester cette crème solaire sur votre enfant avant de l'amener à la crèche, afin d'éviter tout risque d'allergie).

Roquefort-les-Pins, le

Signatures des parents,