** **

**Route d’Itancourt**

**02240 Mézières-sur-Oise Multi – Accueil**

**La Souris Verte**

*Lundi au vendredi de 7h30 à 18h30*

*Permanence téléphonique au : 03.23.66.86.86 /06.08.86.19.19*

*Mail :malasourisverte@ccvo.fr*

***(Sur présentation du livret de famille)***

**FICHE D'INSCRIPTION**

*Les données recueillies sont confidentielles. Elles font l’objet d’un traitement informatique à des fins de gestion administrative et comptable. Vous disposez d’un droit d’accès aux informations vous concernant, de correction ou de suppression des données.*

*Si vous souhaitez exercer ce droit, vous vous adresserez à Mme TARGY.*

**Enfant**

**Nom** : **Prénom** :

Date de naissance : /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Nom et prénom du responsable légal

**Représentant légal 1**

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :……/…………/………………………………………………………………………

Adresse domicile :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tél. domicile : | Portable : | Travail : |
|  |  |  |

Mail :……………………………..

**Représentant légal 2**

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : ……./…………/…………………………………………………………………….

Adresse domicile :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tél. domicile :…………………… | Portable :………………………... | Travail :…………………………. |
|  |  |  |

Mail :………………………………

**Affiliation**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom :………………………………… Prénom :………………….  N° d’allocataire CAF:/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ OU N° d’allocataire MSA /\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/\_/ /\_/\_/  Nombre d’enfants à charge (comptabilisé pour les prestations familiales) :…………………..  Précisez pour chacun, le nom, le prénom et la date de naissance :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **LISTE DES PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES**  **A REPRENDRE L'ENFANT ET A JOINDRE EN CAS D'URGENCE**  **N.B : les représentants légaux sont prioritaires**  **Les personnes nommées dans le tableau devront pouvoir attester de leur identité dans les locaux de la Souris verte.**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **priorité** | **urgence** | **Reprendre l’enfant** | **Nom prénom**  **Localité** | **Qualité** | **N° tél** | |  |  |  |  |  | Fixe :  Portable : | |  |  |  |  |  | Fixe :  Portable : | |  |  |  |  |  | Fixe :  Portable : | |  |  |  |  |  | Fixe :  Portable : | |  |  |  |  |  | Fixe :  Portable : | |  |  |  |  |  | Fixe :  Portable : | |  |  |  |  |  | Fixe :  Portable : | |  |  |  |  |  | Fixe :  Portable : |   Date d'inscription de l'enfant : /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/  Fait à ……………………………………………….………….. Le ……………………………………  Signature des responsables légaux |  |

**FICHE SANTE**

|  |
| --- |
| **NOM**: **Prénom :**  Date de naissance : |

**Les données médicales citées ci-dessous ne sont pas informatisées. Tous les documents les concernant, doivent être transmises sous enveloppe cachetée au nom de l’enfant.**

|  |
| --- |
| **AUTORISATION**   * **J**’**accepte** que les données médicales relatives à mon enfant……………………… :   ***-les vaccinations***  ***-les antécédents médicaux***  ***-les pathologies chroniques ou aigues en cours***  soient conservées sous format papier dans un contenant sécurisé, dans les locaux du multi-accueil durant la durée de l’accueil de mon enfant.   * **Je n’accepte pas** que les données médicales de mon enfant………………………soient conservées au multi-accueil La souris verte   A …………………………………. Le …………………………  **Signature des représentants légaux** : |

**Médecin traitant**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

**AUTORISATION**

Je soussigné(e),

Autorise l'équipe de "La Souris Verte" à utiliser un antiseptique (Chlorhexidine) pour désinfecter une plaie superficielle à mon enfant.

Je soussigné(e),

Autorise l'équipe de "La Souris Verte" à faire transporter et hospitaliser mon enfant, ………………………………………………………………………………… si son état le nécessite et à lui prodiguer les soins d'urgence.

Je soussigné(e),………………………………………………………………………………………………..

Autorise l’équipe de « La Souris Verte » à donner en mon nom tous traitements accompagnés d’une ordonnance.

Fait à ……………………………………………….………….. Le ……………………………………………..

Signature précédée de la mention *"Lu et approuvé"*