

Annexes DOSSIER ADMINISTRATIF ET MÉDICAL

- Annexe 1** CONTACTS ET LISTE DES DOCUMENTS
- Annexe 2** INSCRIPTION
- Annexe 3** AUTORISATION MÉDICALE
- Annexe 4** AUTORISATION EN CAS D'URGENCE
- Annexe 5** CONDUITE À TENIR EN CAS DE FIÈVRE
- Annexe 6** CONDUITE À TENIR EN CAS D'ÉRYTHÈME FESSIER
- Annexe 7** FICHE D'AUTORISATION DE SORTIE
- Annexe 8** FICHE D'AUTORISATION DE PHOTOS



CONTACTS

POINT D'INFORMATION UNIQUE DU SERVICE PETITE ENFANCE :

Maison de la Petite Enfance - Voie Domitienne - 84400 Apt

Guichet unique	Lundi à Vendredi 8h – 12h/14h30 – 17h30 Sauf Mardi 8h-12h/13h30-16h30 Prendre RDV	04 90 05 80 74 guichet.unique@paysapt-luberon.fr
Relais d'Assistantes Maternelles (RAM)	Mardi à Gargas, salle des associations, Jeudi à Apt à la Maison de la petite enfance de 9h30 à 11h30	06 32 64 15 54 - 04 90 05 77 65 ram@paysapt-luberon.fr
Lieu d'Accueil Enfant Parent (LAEP)	Lundi, Mercredi et Vendredi de 9h30 à 11h30	04 90 05 80 74 laep@paysapt-luberon.fr

LES ÉTABLISSEMENTS :

NOMS	ADRESSES	
La Baleine Bleue	Place Général de Gaulle 04 280 CÉRESTE	Tél.: 04 92 77 78 67 creche.labaleinebleue@paysapt-luberon.fr
La Boîte à Malice	Rue de la Plantade 84 400 GARGAS	Tél.: 04 32 50 10 02 creche.laboiteamalice@paysapt-luberon.fr
La Chrysalide	Maison de la petite enfance Voie Domitienne - 84400 APT	Tél.: 04 90 05 57 86 creche.lachrysalide@paysapt-luberon.fr
Le Nid	43 bd Elzear Pin 84 400 APT	Tél.: 04 90 71 96 83 creche.lenid@paysapt-luberon.fr
Le Lièvre et la Tortue	Chemin des Lièvres 84 220 GOULT	Tél.: 04 90 72 68 89 creche.lievreetlatortue@paysapt-luberon.fr
Les Pitchouns	Quartier Labaud 84 750 CASENEUVE	Tél.: 04 90 75 71 87 creche.lespitchouns@paysapt-luberon.fr
Crèche d'Amélie	Chemin Rippert de Monclar 84 490 SAINT-SATURNIN-LES-APT	Tél.: 04 90 74 00 24 creche.amelie@paysapt-luberon.fr

LISTE DES DOCUMENTS

L'admission de l'enfant n'est effective qu'après avoir fourni la totalité des documents demandés pour constituer le dossier d'inscription.

DOSSIER ADMINISTRATIF

Les parents ont un délai de 3 semaines pour transmettre le dossier complet à la direction de la structure qui va accueillir l'enfant. Sans nouvelle de la part des familles, la place pourra être proposée à une autre famille sur liste d'attente.

Liste des documents à remplir et fournir

- La fiche d'inscription remplie et signée par les parents.
- Les autorisations signées concernant les sorties, les photos, les personnes majeures autorisées à venir récupérer l'enfant.
- Photocopie du n° allocataire CAF ou MSA.
- Photocopie du n° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché.
- Photocopie de la dernière fiche de paie (des 2 parents) ou attestation de travail de l'employeur ou inscription en tant que demandeur d'emploi.
- Livret de famille (pages parents et enfants).

- Attestation assurance responsabilité civile au nom de l'enfant (remise à jour annuellement).
- Le cas échéant, photocopie de la décision de justice concernant les situations de séparation ou de divorce.
- Attestation d'acceptation du présent règlement dûment signée.

DOSSIER MÉDICAL

À faire remplir par le médecin traitant de l'enfant :

- Conduite à tenir en cas de fièvre et d'érythème fessier.
- Le protocole de soin signé par le médecin traitant.
- Autorisation médicale / certificat d'aptitude à la vie en collectivité.

Pièce médicale à fournir :

- L'autorisation en cas d'urgence à signer obligatoirement/impérativement.
- Les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant (des pages 90 à 95 inclus, noter le prénom, le nom et la date de naissance de l'enfant).





FICHE D'INSCRIPTION

Etat civil

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

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

Fille Garçon* *Cocher la case correspondante**

Observations et remarques que vous souhaitez porter à notre connaissance :

.....

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Personne n°1

Nom :

Prénom :

Maison _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Mobile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Travail _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Personne n°2

Nom :

Prénom :

Maison _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Mobile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Travail _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Situation familiale

Mariés Pacsés Union libre Célibataires Veuve (f) Divorcés/séparés*

*Cocher la case correspondante**

Parent 1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal _ _ _ _ _ Ville :

Courriel@.....

Maison _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Mobile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

N° de sécurité sociale _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ /

Profession

Employeur

Adresse de l'employeur

.....

Employeur _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

FICHE D'INSCRIPTION

**Parent 2:**

Nom: Prénom:

Adresse:

Code postal _ _ _ _ Ville:

Courriel@.....

Maison _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Mobile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

N° de sécurité sociale _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ /

Profession

Employeur

Adresse de l'employeur

Employeur _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

N° Allocataire CAF ou MSA* (auquel est rattaché l'enfant) _ / _ _ / _ _ / _ _ /

*Fournir déclaration de ressources pour les MSA

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à notre connaissance:

.....

.....

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant**Personne autorisée n°1**

Nom:

Prénom:

Lien de parenté

Maison _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Mobile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Travail _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Personne autorisée n°3

Nom:

Prénom:

Lien de parenté

Maison _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Mobile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Travail _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Personne autorisée n°2

Nom:

Prénom:

Lien de parenté

Maison _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Mobile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Travail _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Personne autorisée n°4

Nom:

Prénom:

Lien de parenté

Maison _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Mobile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Travail _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Signature des parents



AUTORISATION MÉDICALE

Je soussigné Dr. donne mon accord pour l'utilisation en cas de nécessité des traitements suivants (*) à l'enfant
Né(e) le: _ _ / _ _ / _ _ _ _ /

Liste des Médicaments	Personnes autorisées à administrer les traitements
<input type="checkbox"/> Doliprane® sirop <input type="checkbox"/> Doliprane® suppositoires (en cas d'hyperthermie)	Infirmière Auxiliaire de Puériculture Chef d'Établissement
<input type="checkbox"/> Bepanthèn® 5% (en cas d'érythème fessier) <input type="checkbox"/> Diaseptyl® (désinfectant local à usage externe) <input type="checkbox"/> Arnica gel® AMM moins de 12 mois (en cas de coup sans plaie) <input type="checkbox"/> Liniment <input type="checkbox"/> Babyapaisyl	Tous les membres de l'équipe éducative travaillant auprès des enfants.
<input type="checkbox"/> Certifie que l'enfant est apte à la vie en collectivité	À joindre au dossier

Cocher les cases des produits autorisés*

Fait à..... Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ /

Signature du médecin traitant

Conformément à l'article 4 et 5 du décret n°93-345 du 15 mars 1993 et aux articles L4111-1, L 4311-1, article L4161-1 du code de la santé publique, aucun traitement sur ordonnance médicale ne sera administré en structure petite enfance à l'exception de la liste ci dessus.

Sauf par l'infirmier Diplômé d'Etat référent de la structure

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
Parent ou responsable légal de l'enfant (nom et prénom)

J'autorise le personnel de la structure /l'assistante maternelle* à prendre les mesures d'urgences nécessaires en cas d'accident ou de maladie grave pour mon enfant.

Fait à..... Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ /

Signature des parents ou du représentant légal

CONDUITE À TENIR EN CAS DE FIÈVRE



- Lorsqu'un enfant semble avoir de la température.
- Vérifier celle-ci avec un thermomètre.
- Découvrir l'enfant et le faire boire.
- Noter l'heure de la prise et la température sur les transmissions journalières.

SI TEMPÉRATURE SUPÉRIEURE A 38°5 :

- Prévenir les parents et s'assurer qu'aucun médicament n'a été donné avant l'arrivée en crèche.
- Peser l'enfant avec la technique de la double pesée adulte afin de lui administrer la dose de paracétamol (Doliprane sirop) correspondante.
- Noter l'heure de la prise de médicament. 15 mg/kg et par prise toutes les 6 heures soit 1 dose correspondant au poids de l'enfant. (ex: 10 kg correspondent à la graduation n°10)
- Si impossible de donner le sirop, utiliser les suppositoires de paracétamol (sauf si diarrhées):
 - 1/2 suppositoire de 100 mg entre 3 à 5 kg
 - 1 suppositoire de 100 mg entre 5 et 8 kg
 - 1 suppositoire de 150 mg entre 8 à 12 kg
 - 1 suppositoire de 200 mg entre 12 à 15 kg
 - 1 suppositoire de 300 mg au-dessus de 15 kg

Je soussigné Dr.
valide le protocole de soins ci-dessus pour l'enfant

Fait à Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ /

Signature du médecin traitant

CONDUITE À TENIR EN CAS D'ÉRYTHÈME FESSIER

- Bien nettoyer la peau à l'eau et au savon.
- Sécher doucement mais complètement en tapotant.
- Appliquer la crème Bépanthen 5% en fine couche sur les fesses de l'enfant.
- Le changer le plus souvent possible pour éviter l'humidité.

Le médecin attaché à la structure et la directrice de l'établissement

Je soussigné Dr.
valide le protocole de soins ci-dessus pour l'enfant

Fait à Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ /

Signature du médecin traitant





FICHE D'AUTORISATION DE SORTIE

Dans le cadre des sorties organisées par la structure d'accueil du service petite enfance

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Parent ou responsable légal de l'enfant (nom et prénom)

Autorise N'autorise pas

Les professionnels de l'établissement à sortir mon enfant, pour participer aux diverses sorties organisées par la structure.

Pour ces sorties, le personnel est susceptible de demander le concours de parents pour l'accompagnement. Je demande à être informé(e) des sorties pour apporter mon concours à l'accompagnement des enfants.

OUI NON

Fait à..... Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ /

Signature des parents ou du représentant légal

FICHE D'AUTORISATION DE PHOTOS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Parent ou responsable légal de l'enfant (nom et prénom)

Autorise N'autorise pas

Les professionnels de l'établissement à photographier, mon enfant dans le cadre des activités de la structure petite enfance.

Exemples :

- Cartes (pâques, Noël, fêtes...)
- Panneaux de photos
- Livret de vie, etc.
- Anniversaires
- Sortie culturelle, bibliothèque, etc...

Fait à..... Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ /

Signature des parents ou du représentant légal





PAYS D'APT
LUBERON



Communauté de communes Pays d'Apt Luberon

Chemin de la Boucheyronne – 84400 Apt

Standard 04 90 04 49 70

contact@paysapt-luberon.fr

www.paysapt-luberon.fr

