



**MULTI-ACCUEIL POMME D'API**  
2 rue Jean Baptiste Guérin - 35740 Pacé  
com-inscriptions@crechepommedapi.fr

Date de réception de la  
demande

...../...../.....

## Accueil Occasionnel

Date de la demande : ...../...../.....

Date souhaitée d'entrée au multi-accueil : ...../...../.....

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  F  M Date de naissance : ...../...../.....

### FAMILLE

Adresse postale :

Tel Domicile : ...../...../...../...../.....

	PAPA	MAMAN
NOM		
Prénom		
Date de naissance		
Profession		
Employeur (NOM et adresse)		
Professionnel		
Portable		
Mail		

### Frères et/ou sœurs

Prénoms et dates de naissances :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (en cas d'empêchement des parents)

### MULTI ACCUEIL

#### 1-Temps de présence demandé

Jours de présence : .....

Habitudes horaires : .....

#### 3-Prestations familiales versées par (complétez obligatoirement même si vous ne percevez pas d'allocations) :

C.A.F. : N°  M.S.A. : N°  AUTRE

Prestations perçues par : Le père  La mère

Autorisation pour utiliser le numéro CAF afin de déterminer le tarif horaire :  OUI  NON

SIGNATURE :

## AUTORISATION DE SOINS

Je (nous) soussigné(s) : NOM.....PRENOM .....

NOM.....PRENOM .....

Père, mère, représentant légal<sup>1</sup> de l'enfant : NOM.....PRENOM .....

Né(e) le.....à .....

Autorise (autorisons), le personnel du multi-accueil Pomme d'Api à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de problème médical chez mon (notre) enfant, à savoir :

- Prévenir les personnes suivantes (parents par ordre de priorité et autres personnes autorisées)

NOM	PRENOM	Lien avec l'enfant	N° de tél personnel N° de tél professionnel

- Appliquer les protocoles médicaux mis en place par le médecin référent de la crèche (consultables à la crèche, dans le bureau de direction)
- Appeler le médecin référent de la crèche Pomme d'Api : Docteur Didier BULIGAN
- En cas d'urgence, faire appel au SAMU : 15  
POMPIERS : 18  
Centre anti-poison (Rennes) 02 99 59 22 22

Si nécessaire, transférer mon enfant vers l'hôpital indiqué par les services de secours.

1 - Rayer la mention inutile

# AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENT MEDICAL

Je (nous) soussigné(s) .....

Parents de l'enfant .....

- Avons pris connaissance que l'administration de **tout traitement médicamenteux** à la crèche nécessite une ordonnance médicale en cours de validité, avec l'engagement qu'une première prise du médicament a déjà été donnée à l'enfant par ses parents.
- Nous engageons à renseigner sur le cahier de transmissions toute information concernant l'état de santé de notre enfant ainsi que les traitements donnés le matin à la maison (y compris hors prescription médicale)
- Favoriserons les traitements donnés en dehors des heures d'accueil (si possible, demander au médecin traitant de privilégier les posologies avec prise en 2 fois).
- Fournirons le médicament dans sa boîte d'origine portant mention du nom de l'enfant, avec la mesurette correspondante, non entamé, non reconstitué.
- Autorisons les professionnels du multi-accueil, au regard des recommandations ci-dessus, à administrer le traitement nécessaire à notre enfant et notamment :
  - Doliprane en cas de fièvre supérieure à 38.5° mal supportée (Une ordonnance devra être fournie, mentionnant le poids de l'enfant, et la dose à administrer ; cette ordonnance sera à renouveler régulièrement à l'occasion d'une consultation médicale).

OUI	NON
-----	-----
  - Arnica en gel ou granules homéopathiques en cas de coup  

OUI	NON
-----	-----
  - Crème au zinc en cas de siège irrité (Bepanthen/Mitosyl : selon crème fournie par les parents)  

OUI	NON
-----	-----
  - Chamomilla en granules homéopathiques en cas de poussée dentaire  

OUI	NON
-----	-----

Fait-le.....

A .....

Signature(s) :