



**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 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 : .....

#### 2-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

2, rue Jean-Baptiste Guérin  
35740 Pacé  
[contact@crechepommedapi.fr](mailto:contact@crechepommedapi.fr)  
02.23.41.39.55

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

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

Père, mère, représentant légal 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** puis, 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 et dans le hall d'accueil)
- Appeler le médecin référent de la crèche Pomme d'Api
- 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.

A Pacé, le.....

Signature(s)



## AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENT MEDICAL

Je (nous) soussigné(s) .....  
Père, Mère, Représentant légal 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.
- Autorisons les professionnels du multi-accueil à administrer les traitements correspondant aux protocoles médicaux de la crèche, notamment :

Doliprane *	en cas de fièvre supérieure à 38.5° mal supportée (La dose/ poids sera adaptée en fonction du poids de votre enfant que vous avez validé auprès des professionnels ou qui est mentionné sur une ordonnance récente fournie).	OUI	NON
	En cas de douleur	OUI	NON
Hémoclar *	En cas de coup, bosse, à partir d'1 an	OUI	NON
Soluté de réhydratation *	en cas de vomissements ou diarrhées répétés	OUI	NON
Cicalfat /Mitosyl *	En cas de siège irrité	OUI	NON
	Autre crème ** .....joindre une ordonnance)	OUI	

A Pacé, le.....  
Signature(s)

\* rayer mention inutile  
\*\* à préciser