



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

Date de réception de la
demande

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

Accueil d'Urgence

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 légal¹ 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) :