



Et Médico-Social

Du Haut Morvan

MAISON DE L'ENFANCE
8 rue Gallois
58120 CHATEAU-CHINON

DOSSIER D'ADMISSION 2025-2026

Date dépôt dossier : _____

Date souhaitée d'admission : _____

RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : ____/____/20____ sexe : M ☐ F ☐

Age : _____ an(s)

ACCUEIL REGULIER ☐ ACCUEIL OCCASIONNEL ☐

Contact prioritaire

Pour informations et facturation dématérialisé

Nom : _____ Portable : _____

Email : _____

PRESENCE PREVISIONNELLE ACCUEIL REGULIER

Hors vacances scolaires

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Arrivée	h	h	h	h	h
Départ	h	h	h	h	h

En cas de plannings différents d'une semaine à l'autre, merci de joindre un prévisionnel sur papier libre

Pendant vacances scolaires si différents

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Arrivée	h	h	h	h	h
Départ	h	h	h	h	h

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

MEDECIN TRAITANT :

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

L'Enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Votre enfant prend-t-il un traitement de façon régulière ?

☐ OUI

☐ NON

Pour toute prescription particulière, veuillez joindre impérativement une copie de l'ordonnance.

RENSEIGNEMENTS PARENTS

PERE :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de Naissance : _____ Profession : _____

Employeur : _____

Adresse employeur : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail _____

Portable : _____ : Téléphone Travail : _____

MERE :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de Naissance : _____ Profession : _____

Employeur : _____

Adresse employeur : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Portable : _____ : Téléphone Travail : _____

SITUATION FAMILIALE

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf(ve)	Célibataire	Divorcés
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Personne(s) ayant la garde : Père ☐ Mère ☐

Nombre de frères et sœurs à charge : _____

Âges : _____/_____/_____/_____/_____

TARIFS

La participation financière est fixée suivant les barèmes de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales. Il tient compte des revenus et du nombre d'enfants du foyer. C'est un tarif à l'heure.

REGIME

Percevez-vous des prestations familiales : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, de quels Organisme ? ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre : _____

Nom de l'allocataire : _____

N° allocataire : _____ Département Caisse

AUTORISATION D'ACCES AU QUOTIEN FAMILIAL VIA CAFPRO

☐ J'autorise la Direction à calculer le tarif horaire via l'accès sécurisé en ligne à CAFPRO

Signature du Père :

Signature de la Mère :

AUTORISATIONS

Le Présent Dossier est valable jusqu'à la fermeture estivale 2026. Merci de fournir toutes les pièces justificatives en cas de changement de situation durant la période.

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCES

☐ Je soussigné(e), _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et autorise la Responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures urgentes (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant).

☐ J'autorise également le personnel du Multi-Accueil à administrer un antithermique (paracétamol, posologie adaptée au poids) à mon enfant, si celui-ci présente une température supérieure à 38,5 °C, en attendant que vous veniez le récupérer.

Signature du Père

Signature de la Mère

En cas d'urgence, la responsable s'engage à prévenir la personne recommandée

ACCEPTATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

☐ Je soussigné(e), _____, responsable de l'Enfant _____ déclare avoir pris connaissance du règlement de la structure, l'accepte dans son intégralité et m'engage à respecter les dispositions relatives à l'accueil des enfants, citées dans ledit règlement.

Fait à :

Signature du Père

Signature de la Mère

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER ET DE FILMER

☐ J'autorise l'équipe d'encadrement (ainsi que les stagiaires) à photographier/filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles, à l'illustration de documents, bulletins d'information ainsi qu'au site internet et à la page facebook de l'association.

☐ OUI ☐ NON

Signature du Père :

Signature de la Mère

AUTORISATION DE SORTIES

☐ J'autorise le personnel à effectuer des sorties avec mon enfant afin qu'il puisse bénéficier d'activités en plein air, de sorties éducatives et la participation de l'enfant aux temps collectifs partagés avec les autres services de la Maison de l'Enfance.

Signature du Père :

Signature de la Mère :

HABILITATIONS

Personnes Majeures habilitées à reprendre l'enfant à la structure. Il est impératif d'avertir le service au préalable du nom de la personne majeure désignée à venir chercher l'enfant sur la structure (sur présentation d'un justificatif d'identité) :

Nom des personnes autorisées :

Nom : _____ téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

Et/ou Nom : _____ téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

Et/ou Nom : _____ téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

Signature du Père :

Signature de la Mère :

Date de dépôt du dossier : _____

PIECES D'INSCRIPTION OBLIGATOIRES

- ☐ Dossier d'inscription ci-dessus dûment rempli
- ☐ Certificat Médical de non contre-indication à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant.
- ☐ Pour les enfants porteurs de handicap ou devant suivre un protocole médical individualisé, un certificat médical établi par le médecin traitant
- ☐ Si non signature de l'autorisation d'accès au quotient familial via CAFPRO, ou si non allocataire CAF, dernier avis d'imposition année N-1.
- ☐ Photocopie du carnet de vaccination de l'enfant.
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle
- ☐ Photocopie du livret de famille (filiation complète)
- ☐ En cas de séparation des parents, présentation du document officiel précisant le droit de garde et le domicile de l'enfant.

Le Présent Dossier est valable jusqu'à la fermeture estivale 2026. Merci de fournir toutes les pièces justificatives en cas de changement de situation durant la période.