

**DOSSIER D'INSCRIPTION
MICRO-CRECHE
2023 / 2024**

Dossier de pré-inscription

Afin d'effectuer l'inscription de votre enfant à la micro-crèche, veuillez apporter les documents suivants :

- Dernier avis d'imposition en votre possession
- Numéro d'allocataire
- Photocopie du livret de famille (si l'enfant est né uniquement)
- Photocopie de la pièce d'identité des parents
- Photocopie de la décision de justice en cas de séparation
- Fiche sanitaire et photocopie des vaccinations
- Fiche d'inscription
- Contrat de mensualisation
- Certificat du médecin traitant précisant que les vaccinations sont à jour et que l'enfant peut intégrer la micro-crèche
- Attestation de responsabilité civile (à retirer auprès de votre assurance habitation)
- Certificat médical autorisant l'administration d'un antipyrétique (doliprane)
- 1 Photo d'identité récente de l'enfant
- 1 chèque pour le règlement du premier mois
- Mandat de prélèvement et un RIB
- Fiche sécurité
- 1 chèque d'une valeur de 70 euros correspondant aux frais d'inscription

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Fiche d'inscription

ENFANT

Nom et Prénom	
Date, heure , lieu, de naissance	

PARENTS :	Père	Mère
Nom et prénom		<i>Nom de jeune fille et prénom</i>
Adresse complète		
Téléphones	Domicile : Professionnel : Portable :	Domicile : Professionnel : Portable :
Adresse mail @		
Profession		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre	

Renseignements complémentaires	
Nombre d'enfants au foyer :	École précédente :
Médecin traitant :	
Caisse et N° sécurité sociale :	
Nom et N° police assurance scolaire et extrascolaire :	

Autorisation de soins d'urgence
<i>Nous soussignés autorisons la Direction de l'Établissement à prendre en charge les soins médicaux ou hospitaliers urgents pour notre enfant en attendant de nous prévenir par le moyen le plus rapide.</i>

Trousseau (3-15 mois)

- 2 rechanges complets à entretenir par les parents
- 2 draps housses
- 4 gants de toilette (2 foncés, 2 clairs)
- 4 bavoirs en silicone à recueil
- 2 grands et 1 petit biberon (pour les 3- 9 mois)
- 1 grand et 1 petit biberon (pour les 9- 15 mois)
- 1 tétine ou sucette sans attache qui restera à la micro-crèche et/ou 1 doudou
- 1 thermomètre rectal à embout souple et 1 frontal (bandelette)
- Crème pour le change
- Liniment, cotons, mouchoirs, sérum physiologique, eau nettoyante, couches (à renouveler en cours d'année).

Ce trousseau doit être marqué au nom de l'enfant et apporté à l'entrée de l'enfant.

Trousseau (15-24 mois)

- 2 rechanges complets à entretenir par les parents
- 4 gants de toilette (2 foncés, 2 clairs)
- 2 bavoirs en silicone à recueil
- 1 biberon et 1 verre à bec
- 1 tétine ou sucette qui restera à la micro-crèche et/ou 1 doudou
- 1 sachet d'élastiques pour cheveux (garçons et filles)
- 1 gros peigne (pas de brosse).
- 1 thermomètre frontal (bandelette)
- 1 boîte de sérum physiologique
- Crème pour le change
- Liniment, cotons, mouchoirs, sérum physiologique, eau nettoyante, couches (à renouveler en cours d'année).
- Sac de couchage

Ce trousseau doit être marqué au nom de l'enfant et apporté à l'entrée de l'enfant.

L'enfant à la micro-crèche

L'admission à la micro-crèche devient effective après la visite médicale effectuée par le pédiatre rattaché à l'établissement, en présence des parents et après l'adaptation progressive obligatoire :

L'enfant bénéficie d'un temps d'adaptation progressif, afin de faciliter son intégration dans la micro-crèche.

Progression sur 5 jours :

- Le 1^{er} jour la maman est présente avec son enfant (environ une ½ heure), c'est l'occasion d'établir un premier contact avec l'auxiliaire responsable de la section afin de mieux connaître le rythme de l'enfant (les habitudes alimentaires, les rituels d'endormissement etc.)
- Les 2^{ème} et 3^{ème} jours, l'enfant restera seul (hors présence de sa maman) pendant une 1 heure puis 2 heures pour s'habituer progressivement aux adultes et aux enfants qui feront partie de son nouvel environnement.
- Le 4^{ème} jour la présence de l'enfant est plus longue 2 heures 30 au moins avec un repas inclus.
- Le 5^{ème} jour, l'enfant effectue 1 petite journée de présence comprenant le repas et la sieste entre 9h00 et 15h00.

Pendant les premiers jours de la vie de l'enfant à la micro-crèche, le personnel prend le temps d'observer l'enfant et d'écouter les parents, afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes des deux parties. Ceci permet de mieux comprendre l'enfant et de faciliter son intégration à la micro-crèche.

Contrat de mensualisation

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Cet engagement prend effet à compter du :

Et jusqu'au :

Accueil : Entre 7h30 et 9h30

Sortie : Entre 16h00 et 17h30 du lundi au jeudi et entre 14h00 et 15h00 le vendredi

La tarification s'élèvera à 1300 euros par mois (hors participation de la CAF c.f tableau des revenus avec les différentes tranches).

Le règlement s'effectuera le premier mois par chèque (celui-ci doit être remis lors de l'inscription) et les mensualités à venir s'effectueront par prélèvement obligatoire.

Tout mois entamé sera facturé dans son intégralité.

Tout départ doit être signalé par écrit.

Un préavis d'1 mois en cas de résiliation du contrat devra être respecté.

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé »

Fait à Marseille, le

Le père :

La mère :

La direction

Nom :

Prénom :

FICHE SECURITE

➤ ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

Liste des personnes majeures autorisées par les parents à chercher les enfants à la micro-crèche (la personne devra présenter sa pièce d'identité à l'accueil) :

1) Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél :

2) Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél :

3) Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél :

4) Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél :

Je m'engage à signaler par écrit les personnes qui s'ajouteraient à cette liste au cours de l'année.

➤ AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE

Tout au long de la journée, des photos ou des vidéos pourront être réalisées et publiées sur le site de la micro-crèche. En inscrivant mon enfant, j'autorise la publication en interne ou externe de supports dans le cas où mon enfant figurerait.

Signature du père
(ou représentant légal)

Signature de la mère
(ou représentante légale)

Fiche sanitaire

L'ENFANT

NOM :
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 SEXE :
 POID :

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES	VACCINS	DATES
				RECOMMANDÉS	
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(Boîte de médicaments dans leurs emballages d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES,

HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ
.....
.....

.....
4 -RESPONSABLES DE L'ENFANT

1) NOM PRÉNOM

ADRESSE.....
.....

TÉL. (PORTABLE, DOMICILE) : BUREAU :

2) NOM PRÉNOM

ADRESSE.....
.....

TÉL. (PORTABLE, DOMICILE) : BUREAU :

NOM ET NUMERO DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Il est rappelé que les informations communiquées restent confidentielles. La fiche sanitaire doit être renouvelée tous les ans. Toute modification en cours d'année, concernant les renseignements ci-dessus, devra être signalée à la direction.

Date :

Signature du père
(ou représentant légal)

Signature de la mère
(ou représentante légale)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association BNEI ELAZAR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association BNEI ELAZAR.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués * :

Nom / Prénoms du débiteur *	M. Mme	
Adresse du débiteur *	Numéro et nom de la rue	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Code Postal	Ville
	Pays	
Les coordonnées * de votre compte	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	<input type="text"/>	
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Identification du créancier	MICRO CRECHE	
	Nom du créancier	
	Identifiant créancier SEPA	
	329 Bd Michelet	
	Numéro et nom de la rue	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Code Postal	Ville
Type de Paiement	France	
	Pays	
	Paiement ponctuel, répétitif, tous les (case à cocher)	
Signé à *	<input type="checkbox"/> 01	du mois.
	<input type="checkbox"/> 05	
<input type="checkbox"/> 10		
Signature(s) *	<input type="checkbox"/> J J	<input type="checkbox"/> M M
	<input type="checkbox"/> A A A A	
Lieu		Date
Signature(s) *		Veuillez signer ci-dessus

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.