

## ANNEXE 1

# Petite Enfance



Votre enfant est admis au Multi-accueil intercommunal.

Pour cela remplissez les pages annexe de ce dossier, et ramenez le tout à l'adresse Ci-dessous, accompagné des pièces additionnelles obligatoires.

Il vous sera demandé chaque année une réactualisation de ce dossier

Pièces obligatoires à joindre lors de l'inscription :

- Avis d'imposition (année n-1 sur les revenus n-2) en intégralité**
- Photocopie de votre N° d'allocataire CAF, CCSS, SPME (si vous ne percevez pas d'allocation)**
- Autorisation suivantes :**
  - \*Hospitalisation
  - \* Sortie de l'établissement avec un tiers
  - \* Dossier médical rempli et signé par le pédiatre
- Planning prévisionnel des heures de présence de l'enfant**
- Planning prévisionnel des semaines d'absence de l'enfant**
- Règlement de fonctionnement signé (à consulter sur le site [www.sivom-villefranche.org](http://www.sivom-villefranche.org))**

Inscription à remettre au

**MULTI ACCUEIL INTERCOMMUNAL « LES PETITS PAS »**

**690 b, bd Maréchal Leclerc**

**06 360 Eze**

**Tél : 04 93 41 16 20**

**Site internet : [www.sivom-villefranche.org](http://www.sivom-villefranche.org)**

**E-mail : [multiaccueill.eze@sivom-villefranche.org](mailto:multiaccueill.eze@sivom-villefranche.org)**

## UNE ADAPTATION ÇA SERT à QUOI?

Maman,  
Pour que nous soyons heureux tous les deux,  
Ecoute mon secret :  
J'aimerais visiter le Multi accueil avec toi,  
Faire connaissance des personnes avec toi.

Comprends-moi bien, j'ai envie de rester,  
Mais je n'ai pas envie d'être séparé de toi,  
Ne me gronde pas si j'ai le cœur gros, si e pleure

ET si la garderie ne m'enchanté pas dès le premier jour.

Si je pouvais emporté mon objet chéri,  
Je me sentirais un peu rassuré.  
Ne t'éclipse pas en cachette derrière mon dos,  
Je serais affolé et je n'oserais plus te quitter des yeux  
De peur que tu disparaisses à nouveau.

Quand je me sentirai bien, ne ait pas durer les adieux  
Comme s c'était moi qui t'abandonnais.

Dis-moi à que moment tu viendras me chercher :  
Après le goûter? Quand tu auras fini tes courses?  
Je ne connais pas les heures t le temps m paraît pus long qu'à toi  
J'aimerais que u me racontes ce que tu as fais pendant mon absence...  
Du reste, moi aussi j'aurai des choses à te raconter;  
Dis-moi quand on aura le temps de se parler.

**CONTRAT D'ACCUEIL**  
2018 / 2019

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h00 - 9h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9h00 - 10h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10h00 - 11h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11h00 - 12h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12h00 - 13h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13h00 - 14h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14h00 - 15h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15h00 - 16h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16h00 - 17h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17h00 - 18h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18h00 - 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné, Madame, Monsieur .....  
Parents de ..... Certifie avoir acheté le nombre d'heures.  
**Défini sur le tableau ci-dessus pour la période d'août 2018 à août 2019**

Nous nous engageons à respecter les horaires indiqués ci-dessus.

Toute absence me sera facturée ( Cf Règlement de fonctionnement)

Date : ...../...../2018

**Signature de la mère :** **Signature du père :**

**MULTI ACCUEIL INTERCOMMUNAL "LES PETITS PAS"**

*PLANNING DES SEMAINES D'ABSENCE DE VOTRE ENFANT*

*du 2 mai au 3 aout 2018*

<u>cocher les semaines d'absence prévues</u>			
Facturés en heures supplémentaires	<i>mai</i>	du 2 au 4	<input type="checkbox"/>
		du 7 au 10	<input type="checkbox"/>
		du 14 au 18	<input type="checkbox"/>
		du 21 au 25	<input type="checkbox"/>
		du 28 au 1 <sup>er</sup> juin	<input type="checkbox"/>
<i>juin</i>	du 4 au 8	<input type="checkbox"/>	
	du 11 au 15	<input type="checkbox"/>	
	du 18 au 22	<input type="checkbox"/>	
	du 25 au 29	<input type="checkbox"/>	
<i>juillet</i>	du 2 au 6	<input type="checkbox"/>	
	du 9 au 13	<input type="checkbox"/>	
	du 15 au 20	<input type="checkbox"/>	
	Du 23 au 27	<input type="checkbox"/>	
	Du 30 au 3 aout	<input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     LA CRECHE SERA FERMEE LE                      Mardi 8 mai                      Jeudi 10 mai                      Lundi 21 mai                 </div>			
du lundi 6 aout au lundi 27 aout inclus			<b>CONGES</b>

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame ..... parents de ..... avons pris connaissance qu'aucune modification ne sera possible.

date : ..... 2018

signature de la mère :

signature du père :

**AUTORISATION de SORTIE de L'ETABLISSEMENT POUR LES TIERS**

Autorisation pour pouvoir faire sortir un enfant confié au Multi accueil intercommunal « Les Petits Pas », 690 b, boulevard Maréchal Leclerc, 06360 Eze Village

Je Soussigné ( e ), .....

Nom: ..... Prénom :.....

Adresse : .....  
.....

Agissant en qualité de : Père Mère

Exerçant l'autorité parentale en commun avec

M. , son père

Mme , sa mère

Seul ( e ) en qualité de Père d'un enfant dont la filiation n'a été établie qu'à mon égard  
Mère d'un enfant dont la filiation n'a été établie qu'à mon égard

Seule ( e ) par décision de justice en date du .....(photocopie ci-jointe)

Au profit de l'enfant :

Nom: ..... Prénom :.....

Date de naissance : .....

**Déclare et autorise expressément Monsieur ou Madame :**

Nom: ..... Prénom :.....

Nom: ..... Prénom :.....

Nom: ..... Prénom :.....

Nom: ..... Prénom :.....

Qui muni ( e ) ( s ) d'un pièce d'identité, est habilité( e ) ( s ) par mes soins à faire sortir en mes lieu, place et autorité, mon enfant ci-dessus mentionné.

**Toute modification à cette autorisation doit être notifié par écrit à la directrice du Multi Accueil.**

La présente autorisation est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Eze le : ...../...../.....

Signature du Père

Signature de la Mère

**DOSSIER MEDICAL : ANTECEDENTS MEDICAUX**

Dossier Médical

Date.....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom du pédiatre : .....

**ANTECEDENTS MEDICAUX :**

Naissance : Terme : Hospitalisation :  
 Poids :

Antécédents Bronchiolites : Antécédents familiaux :  
 Gastro :  
 ORL :

**TRAITEMENTS :**

Vitamines :  
 Traitements de fond :

**VACCINATIONS :**

	Date
Vaccination antituberculeuse : BCG	
Tests tuberculiques	

  

	1 <sup>ère</sup> injection	2 <sup>ème</sup> injection	3 <sup>ème</sup> injection	Rappel
Pentacoq				
ROR				
Prevenar				
Hépatite B				
Méningite				
Autres				

## Autorisation pour Traitement

JE SOUSSIGNE Madame, Monsieur .....

Mère, père(1) de l'enfant .....

Autorise la directrice et ou la directrice adjointe du Multi accueil « les Petits Pas » à administrer le protocole et en fonction des situations :

- 1°) En cas d'hyperthermie et / ou douleur :
- |                               |                              |                              |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| *DOLIPRANE suspension buvable | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| * DOLIPRANE suppositoire      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
- 2°) En cas de chute, coups, morsure :
- |                        |                              |                              |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| * HEMOCLAR             | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| * ARNICA 9 ch granules | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
- 3°) En cas de plaie avec écorchure cutanée :
- |                                       |                          |                              |                              |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| * Désinfection avec CHLORHXIDINE 0.2% | <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
- 4°) Si réaction allergique à une piqûre d'insecte et/ou un aliment :
- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| * PRIMALAN Sirop                         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| * Si piqûre, désinfection + APAYSIL Bébé | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
- 5°) Si diarrhée aigüe :
- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| * Stopper le lait habituel                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| * Donner soluté réhydratation (Adiaril)     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| * Faire régime (carottes, riz, bananes,...) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Validation du pédiatre de l'enfant  
Signature et cachet

Signature des parents

## Autorisation D'hospitalisation

JE SOUSSIGNE( e ) .....

Nom ..... Prénom .....

Demeurant à .....

.....

Autorise le responsable de l'établissement d'accueil à prendre toutes mesure utiles, soit en cas d'accident survenant à mon enfant, soit à des faits susceptibles de porter atteinte à la santé ou à la sécurité de mon enfant l'exigent et notamment eu égard à l'urgence à faire conduire l'enfant en service d'urgence hospitalier.

Prend acte que l'établissement me préviendrait dès la survenance des faits précités.

Si les parents ne peuvent être joints et selon l'urgence apparente, l'enfant sera examiné et éventuellement hospitalisé :

- Fondation LENVAL (1)
- Hôpital de Monaco (1)

Faire précéder de la mention « Lu et Approuvé, bon pur autorisation »

Signature :

Eze, le : .....

(1) Rayer la mention inutile selon votre choix

## ALIMENTATION

L'alimentation en crèche doit se conformer à des exigences réglementaires, respecter des normes d'hygiène très strictes et répondre aux principes diététiques permettant une croissance harmonieuse de l'enfant. Elle doit aussi respecter les goûts et les habitudes alimentaires de chacun. Tous les repas sont confectionnés à la crèche par la cuisinière avec des produits frais ou surgelés.

Nous respectons différents régimes alimentaires :

**Régime alimentaire médical** : nous fournir une ordonnance médicale avec les aliments interdits et le protocole en cas de réaction allergique

NON

OUI

Régime particulier :

NON

OUI Préciser : .....

Avec l'accord des parents et la validation du pédiatre de l'enfant, nous proposons le protocole de diversification alimentaire ci-après. L'enfant découvrira les nouvelles saveurs et/ou textures avec ses parents, la crèche prendra le relais.

	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	11 mois	1 an	2
ans	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lait</b> : Lait deuxième âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lait demi écrémé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Produits laitiers</b> : Tous les fromages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yaourts, fge blanc, p suisse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Fruits</b> : Tous sauf ceux cités ci-dessous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kiwi, papaye, mangue, goyave, ananas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fruits rouges, fruits de la passion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Arachide, amande, noix, noisettes,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	co- <input checked="" type="checkbox"/>	co- <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Légumes</b> : courgettes, carottes, h.verts	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Artichaut, brocoli, potiron,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Blanc de poireau, épinard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tous sauf ceux cités ci-dessous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Céleri, fenouil, petits poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Pommes de terre</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Viandes</b> : bœuf, poulet, dinde, jambon blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Agneau	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Poissons</b> : Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Œufs</b> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Pdts céréaliers</b> : pain, riz, pâtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Validation du pédiatre de l'enfant

Signature des parents



## ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

JE SOUSSIGNE..... CERTIFIE AVOIR PRIS  
CONNAISSANCE DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DU MULTI-ACCUEIL SUR LE SITE DU  
Sivom-villefranche.org sous-menu petite enfance.

LU ET APPROUVE

LE :

A :

SIGNATURES

Des parents ou du responsable légal

Pièce à présenter dûment signée avec l'ensemble du dossier d'inscription lors du rendez-vous  
d'admission.