

ANNEXE 1

Petite Enfance



Inscription à remettre au

MULTI ACCUEIL INTERCOMMUNAL « LES PETITS PAS »

690 b, bd Maréchal Leclerc

06 360 Eze

Tél : 04 93 41 23 66

Site internet : www.sivom-villefranche.org E-mail :
multiaccueil.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 je pleure

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

Si je pouvais emporter mon objet chéri,
Je me sentrais 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 sentrais bien, ne fait pas durer les adieux
Comme si c'était moi qui t'abandonnais.

Dis-moi à quel moment tu viendras me chercher :
Après le goûter? Quand tu auras fini tes courses?
Je ne connais pas les heures et le temps me paraît plus long qu'à toi
J'aimerais que tu me racontes ce que tu as fait pendant mon absence...
Du reste, moi aussi j'aurai des choses à te raconter;
Dis-moi quand on aura le temps de se parler.

DOSSIER MEDICAL : ANTECEDENTS MEDICAUX

Le présent dossier médical doit être dûment rempli et signé par votre pédiatre référent. A ce dossier médical, vous devrez fournir, obligatoirement en annexe, un certificat d'aptitude à la collectivité d'au moins de deux mois avant l'entrée en collectivité.

Nom du pédiatre :

Date :

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance : Terme : Poids : Hospitalisation	Antécédents médicaux : Allergies / intolérance:

VACCINATION :

Depuis le 1er janvier 2025, la vaccination contre les méningocoques ACWY et la vaccination contre le méningocoque B sont obligatoires selon le calendrier vaccinal du ministère des solidarités et de la santé que vous pouvez retrouver dans le carnet de santé de votre enfant.

Merci de joindre une copie des vaccinations de votre enfant à ce dossier.

	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	11 mois	12 mois	16/18 mois
DTP								
Coqueluche								
Haemophilus Influenzae B								
Hépatite B								
Pneumocoque								
ROR								
Méningocoques ACWY								
Méningocoques B								

Autres vaccinations :

Autorisation d'administration de médicaments

Je soussigné(e) madame / monsieur

Mère, père de l'enfant

Autorise la directrice adjointe, infirmière puéricultrice du multi-accueil «les Petits Pas » à administrer les médicaments suivants, conformément aux protocoles médicaux en vigueur ; validés par le pédiatre de l'établissement :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. En cas de fièvre (>38°) et / ou douleur : | | |
| a. DOLIPRANE suspension buvable | OUI ☐ | ☐ NON |
| b. DOLIPRANE en suppositoire | OUI ☐ | ☐ NON |
| 2. En cas de chute, coups ou morsures : | | |
| a. HEMOCLAR Pommade | OUI ☐ | ☐ NON |
| b. ARNICA 9ch Granules | OUI ☐ | ☐ NON |
| 3. En cas de plaie, avec écorchure cutanée : | | |
| a. Désinfection avec désinfectant | OUI ☐ | ☐ NON |
| 4. En cas d'allergie | | |
| a. AERIUS en sirop | OUI ☐ | ☐ NON |
| b. CELESTENE en sirop | OUI ☐ | ☐ NON |
| 5. En cas de réaction allergique à une piqûre : | | |
| a. Désinfection + Crème apaisante | OUI ☐ | ☐ NON |
| 6. En cas de diarrhées et / ou vomissements : | | |
| a. Solution de réhydratation orale | OUI ☐ | ☐ NON |
| b. Stopper les laitages | OUI ☐ | ☐ NON |
| c. Proposer un régime constipant | OUI ☐ | ☐ NON |
| 7. En cas de gêne respiratoire : | | |
| a. VENTOLINE spray inhalation | OUI ☐ | ☐ NON |

ALIMENTATION

Votre enfant a-t-il une intolérance / allergie alimentaire ? Si oui, merci de préciser :

.....

En cas d'intolérance ou d'allergie alimentaire, il vous faudra, en collaboration avec votre pédiatre référent, l'équipe de direction et le pédiatre rattaché de la structure instaurer un Projet d'Accueil Individualisé.

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, merci de préciser :

.....

Date :

Signature des parents :

Validation du dossier médical par le pédiatre de l'enfant

Signature et cachet

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e)..... Père / mère de l'enfant.....

Domicilié.....

- Autorise l'équipe de direction de l'établissement d'accueil de mon enfant à prendre toutes les mesures utiles, soit en cas d'accident survenant à mon enfant, soit à des faits susceptibles de porter atteinte à la santé ou à sa sécurité, au regard de l'urgence à faire conduire mon enfant en service d'urgence pédiatrique hospitalier.
- Prends acte que l'établissement me préviendra dès la survenance des faits précités.
- Si les parents ne peuvent être joints et selon l'urgence apparente, mon enfant pourra être pris en soin et éventuellement hospitalisé à (entourer le lieu retenu) :

FONDATION LENVAL NICE

HOPITAL PRINCESSE GRACE MONACO

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

Date :

Signature des parents :

ANNEXE 1
AUTORISATIONS LEGALES PARENTALES

Composition du foyer où vit l'enfant: monoparentale ☐

en couple ☐

Situation familiale : divorcé (e) ☐ séparé(e) ☐ mariés ☐

Veuf (ve) ☐ vie maritale ☐ pacsés ☐

Adulte 1 : Nom et prénom
Adulte 2 : Nom et prénom.....

☐ **NOUS ENGAGEONS** à communiquer au Sivom de Villefranche-sur-Mer tout changement pouvant intervenir dans la situation de la famille ou de l'enfant

☐ **ATTESTONS** avoir pris connaissance et accepter les modalités du règlement de fonctionnement.

Personnes à contacter en cas d'urgence pour l'adhérent mineur

NOMS-PRENOMS	QUALITE : Père / mère, / Grands parents, autres.	TELEPHONES / COURRIEL
		@.....
		@.....
		@.....

Personnes autorisées à récupérer l'adhérent mineur
Sur présentation d'une pièce d'identité

NOMS-PRENOMS	QUALITE : Père / mère, / Grands parents, autres.	TELEPHONES / COURRIEL
		@.....
		@.....
		@.....

Lu et approuvé :

Date : ____ / ____ / ____.

Signature: Père Mère Tuteur légal

PREVISIONNEL D'ACCUEIL
ANNEE 2026 / 2027

HORAIRES	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h00 - 9h00	☐	☐	☐	☐	☐
9h00 - 10h00	☐	☐	☐	☐	☐
10h00 - 11h00	☐	☐	☐	☐	☐
11h00 - 12h00	☐	☐	☐	☐	☐
12h00 - 13h00	☐	☐	☐	☐	☐
13h00 - 14h00	☐	☐	☐	☐	☐
14h00 - 15h00	☐	☐	☐	☐	☐
15h00 - 16h00	☐	☐	☐	☐	☐
16h00 - 17h00	☐	☐	☐	☐	☐
17h00 - 18h00	☐	☐	☐	☐	☐
18h00 - 18h30	☐	☐	☐	☐	☐

Je soussigné, Madame et Monsieur
Parents de..... certifie avoir acheté le nombre d'heures
défini sur le tableau ci-dessus pour la période de septembre 2026 à août 2027.

Nous nous engageons à respecter les horaires ci-dessus.
Toute absence me sera facturée (Cf règlement de fonctionnement)

Date :/ /2026

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

MULTI ACCUEIL INTERCOMMUNAL "LES PETITS PAS"

PLANNING DES SEMAINES D'ABSENCE DE VOTRE ENFANT
DU 04 JANVIER AU 30 AVRIL 2026

<u>cocher uniquement les semaines d'absence prévues</u>		
JANVIER		
	du 04 au 08	
	du 11 au 15	
	du 18 au 22	
	du 25 au 29	
FEVRIER		
	du 01 au 05	
	du 08 au 12	
	du 15 au 19	
	du 22 au 26	
MARS		
	du 01 au 05	
	du 08 au 12	
	du 15 au 19	
	du 22 au 26	
AVRIL		
	du 29 mars au 02 avril	
	du 05 au 09	
	du 12 au 16	
	du 19 au 23	
	du 26 au 30	
1 SEMAINE DE FERMETURE PENDANT LES VACANCES DE PRINTEMPS RESTE A DETERMINER		

Fermeture le Lundi de Pâques

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

signature de la mère :

date : 2026

signature du père :