**Docteur VANDAME Cécile**

Médecin Généraliste Référent de la Structure d’accueil La Grande Crèche

11 route du Villaret, 74120 MEGEVE

Tel : 04 50 58 74 74 / Fax : 04 50 58 58 81

RPPS : 10100492122

Adeli : 74 1 00252 1

**Certificat médical d'entrée en collectivité** (à remplir par un médecin généraliste ou pédiatre)

Je soussigné Dr……………..................................................................................................................,

certifie que l'enfant..................................................................................................................................

ne présente pas de contre-indication à l'entrée en collectivité.

J'atteste que cet enfant est à jour dans ses vaccinations obligatoires selon le calendrier vaccinal (DTP, Coq, Hi, Hep B/ Pneumocoque / Méningocoque / ROR) :

OUI - NON (entourez)

Je précise si cet enfant a :

\* une **allergie alimentaire** : OUI – NON

si oui, précisez :

\* une **maladie nécessitant un Protocole d'Accueil Individualisé** : OUI- NON

si oui, précisez la maladie :

Date :

Cachet et signature du médecin

**Date de dépôt du dossier :**

* ***NOM – PRENOM de l’enfant :*** ………………………………………..…………………………….
* ***SOUHAITS DES PARENTS POUR L’ACCUEIL A LA CRECHE :***
  + ***Rappel des horaires possibles :***

- Arrivée entre 8h00 et 9h30 / 11h et 11h15 / 14h et 14h30

- Départ entre 11h et 12h30 / 14h et 15h30 / 16h30 et 18h30

* a) **En occasionnel** : libre choix des jours et formules d’accueil en fonction des disponibilités.

*à partir du : …………………………………………………………………………………*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** | **Samedi** | **Dimanche** |
| Uniquement en saison hiver/été | |
| 1) | 1) | 1) | 1) | 1) | 1) | 1) |

* b) **En contrat** : remplir le tableau en fonction de la demande

*Les contrats se font à partir du 1er ou à partir du 15 du mois.*

*Leur durée est au minimum de 3 mois pour la saison d’hiver et 2 mois pour la saison d’été.*

*du ………………………………… au ……… …………………..…………*

1. **MERCI DE PRECISER LES HORAIRES SOUHAITES**

* ***DE QUEL REGIME DEPENDEZ-VOUS ?*** CAF ou MSA *(rayer la mention inutile)*

Nous préciser le numéro de votre régime : ……………………..

***VOTRE FAMILLE***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et Prénom | **Parent 1** | **Parent 2** |
| **Date de naissance**  **Lieu de naissance**  **N° de sécurité sociale**  **Adresse**  **Téléphone**  **Situation professionnelle**  **Employeur** | ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  …………………………………… | …………………….…….……….……………………………………………………….……….….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....… .… |

***MERCI DE JOINDRE A VOTRE DOSSIER:***

* dernier avis d’imposition du foyer (pour les non allocataires CAF)
* justificatif de domicile (**bail, quittance de loyer, taxe d’habitation**)
* livret de famille ou extrait acte de naissance
* souhait d’accueil par écrit
* ***NOM DE L’ENFANT:***……………………………………….………………………….……………….
* ***PRENOM DE L’ENFANT:*** …………………………………………………………….……………….
* ***DATE DE NAISSANCE DE L’ENFANT:*** …………………………………….……………………..
* ***LIEU DE NAISSANCE DE L’ENFANT:*** …………………………………….……………………...
* ***LIEU DE RESIDENCE DE L’ENFANT :*** (adresse complète) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...
* ***EN CAS D’URGENCE :***
  + Tél domicile : ……………………………………………………………………………………
  + Tél travail : ……………………………………………………………………….………………
  + Tél portable : (Parent 1)………………...……(Parent 2)………………………………….
  + MAIL : ………………………………………………………………………………………………………

* ***SITUATION FAMILIALE :*** *(rayer les mentions inutiles)*

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Pacsé(e)

Séparé(e) Union libre Veuf (ve)

- ***REPRESENTANT LEGAL :*** Parent 1 Parent 2 Tuteur (préciser) ……………..…...

- ***ENFANTS A CHARGE :*** *(nom, prénom, date de naissance)*

* + ...............................................................\*......................................................
  + ...............................................................\*......................................................

***AUTORISATION PARENTALE***

Je soussigné(e),…………………………………………………………………………………………………….…

agissant en qualité de parent 1, parent 2, tuteur *(rayer les mentions inutiles)*

de l’enfant ………………………………………………………………………………………………….………….

* autorise expressément le responsable du Pôle Famille-Enfance-Education ou les personnes désignées par lui à :
  + - * Délivrer tout soin d’urgence que rendrait nécessaire une situation de détresse vitale conformément à la loi

**OUI – NON** ;

* + - * Mettre en œuvre les secours publics ou privés adaptés à la situation :

**OUI – NON** ;

* + - * Transporter ou faire transporter par tout moyen public ou privé, mon enfant au cabinet médical, si la situation l’exige

**OUI – NON** ;

**Dans le cas où je ne donne pas mon autorisation, je décharge ce dernier de toutes responsabilités quant aux conséquences de mon choix**

* autorise mon enfant à :
  + - * Participer à tous types de déplacements (bus, à pied…) quelle que soit la destination :

**OUI – NON**;

* + - * Participer à toutes les activités (piscine, luge) :

**OUI – NON**;

* + - * Etre pris en photo dans le cadre des activités et à ce qu’elles soient utilisées pour la promotion ou la décoration de la structure (sans finalité commerciale ni vente à des tiers) :

**OUI – NON** ;

* autorise les personnes suivantes à amener et, ou venir chercher mon enfant dans la structure:
  + - * …………………………………………………
      * …………………………………………………
      * …………………………………………………

Date et signature du responsable légal de l’enfant :