



**Fiche n°1
RENSEIGNEMENT- HALTE-GARDERIE**



**HALTE-GARDERIE
« La Farandole »**

4, rue Pinceloup
28700 BEVILLE LE COMTE
Téléphone 02 37 31 36 53
Télécopie 02 37 31 29 35

Année scolaire 2010 /2011

Nom :

Prénom :

Sexe : garçon fille

Date de Naissance :

Adresse de l'enfant :

N° de téléphone :

Domicile :	Portable	Travail	Email
Mère			
Père			

N° de téléphone des personnes à prévenir en cas d'urgence, autres que les parents ou si les parents sont injoignables :

Nom de la personne	Portable	Domicile

Je soussigné(e) _____, **autorise les personnes de la liste suivante à venir chercher mon enfant** à la halte-garderie dans le cas où je me trouverai dans l'incapacité de le faire (**Munies d'une pièce d'identité**) :

Nom et Prénom	Liens avec l'enfant	N° tel Domicile	N° tel Portable

Nb de personnes autorisées total : _____ (*Veillez informer la Directrice de toute personne radiée de cette liste par écrit*).

Je soussigné(e) _____, **autorise les membres de l'équipe à photographier mon enfant et à diffuser** ces photos dans le cadre des activités de la halte-garderie (panneaux, livret de départ, décoration) et à les faire figurer dans le bulletin municipal.

Signature des Représentants Légaux

Je soussigné(e) _____, autorise les membres de l'équipe à accompagner mon enfant à l'extérieur de l'établissement pour différentes activités et sorties à pied (bibliothèque, école, achats de proximité...).

Signature des Représentants Légaux

Informations médicales à destination des agents permettant une prise en charge optimum de votre enfant dans le cadre de la prévention précoce :

Votre enfant a-t-il déjà eu **des réactions allergiques** (médicamenteuse, alimentaire.....) ?

Si oui, lesquelles (joindre un certificat médical) :

A-t-il une maladie chronique ?

Quel médicament lui administrez-vous en cas de fièvre ?

Quel médicament lui administrez-vous en cas de douleur ?

Autorisez-vous l'équipe à administrer à votre enfant du paracétamol en cas de fièvre et/ou de douleur, selon le protocole de la structure ?

oui non

VACCINATIONS	Type de vaccin	DATE	PROCHAIN RAPPEL
Tuberculose	BCG		
DTpolio	Infanrix penta/hexa		
R.O.R	priorix		
VRS (bronchiolite)	Engerix B		
HEPATITE B			
Méningite	Prevenar		
AUTRES			

En cas d'accident grave, votre enfant sera transporté vers l'hôpital choisi par les services d'urgence. Dans le cas où l'établissement ne conviendrait pas, indiquez ci-dessous l'établissement dans lequel vous désirez que votre enfant soit admis :

Autorisation de Soins à compléter et à signer :

Je soussigné(e) _____, AUTORISE à pratiquer tout acte opératoire ou anesthésique qui serait décidé par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident, ou d'une maladie aigüe à évolution rapide.

BON POUR POUVOIR SIGNATURE	PERE	MERE	TUTEUR
---------------------------------------	-------------	-------------	---------------



Fiche n°2
RENSEIGNEMENTS
ADMINISTRATIFS
HALTE-GARDERIE



HALTE-GARDERIE
« La Farandole »

4, rue Pinceloup
28700 BEVILLE LE COMTE
Téléphone 02 37 31 36 53
Télécopie 02 37 31 29 35

Année scolaire 2010 /2011

Nom :

Prénom :

Sexe : garçon fille

Date de Naissance :

Adresse de l'enfant :

N° de Sécurité Sociale :

Régime d'affiliation social :

Mutuelle :

N° CAF :

Nom de l'allocataire :

Information concernant la Mère :

Nom (si différent de celui de son enfant) :

Adresse (si différente de celle de son enfant) :

Prénom :

Nom de la société :

Adresse de la société :

Raison sociale :

Information concernant le Père :

Nom (si différent de celui de son enfant) :

Adresse (si différente de celle de son enfant) :

Prénom :

Nom de la société :

Adresse société :

Raison sociale :

N° de téléphone :

Domicile :	Portable	Travail	Email
Mère			
Père			

Situation Familiale :

Mariés Vie Maritale Séparés Veuf (ve) Célibataire Divorcés (dans ce cas joindre une copie des minutes du jugement affectant la garde au père et/ou mère). Pacés

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

Tel :

Autorité parentale conjointe oui non

Document Confidentiel

N° de téléphone des personnes à prévenir en cas d'urgence autres que les parents où si les parents sont injoignables :

Nom de la personne	Portable	Domicile

Informations médicales concernant votre enfant à destination de la puericultrice et du médecin référent de la halte-garderie permettant une prise en charge optimum de votre enfant dans le cadre de la prévention précoce :

A quel **terme** est né votre enfant ?

Score d'APGAR à la naissance :

Poids de Naissance :

Taille Naissance :

Périmètre Crânien :

A-t-il déjà eu **une opération** ? Si oui, indiquer la date et la nature de l'opération de celle -ci :

A-t-il déjà eu des **convulsions** (*date, fréquence, circonstances.....*) ?

A-t-il déjà eu des **bronchiolites** ou des crises d'asthme ? Si oui, a-t-il un traitement de fond ?

Votre enfant a-t-il déjà eu **des réactions allergiques** (*médicamenteuse, alimentaire.....*) ?

Si oui, lesquelles (*joindre un certificat médical*) :

A-t-il une **maladie chronique** ? Si oui, joindre un certificat médical mentionnant la conduite à tenir.

Autre(s) information(s) que vous estimez nécessaire pour la prise en charge globale de votre enfant :

En cas de régime particulier découlant d'une allergie alimentaire ou d'une maladie chronique, un **P.A.I** (Plan d'Accueil Individualisé) sera mis en place.

Quel médicament lui administrez-vous en **cas de fièvre** ?

Quel médicament lui administrez-vous en **cas de douleur** ?

Veuillez tenir informé la Directrice de la halte-garderie de tout élément nouveau significatif (*d'ordre médicale*) nécessaire à la prise en charge de votre enfant, dans les meilleurs délais.

Médecin de famille : Nom :

Adresse :

Tel :

<u>Signature des Représentants Légaux</u>
--

Document Confidentiel

La Fiche de Renseignement n°2 est conservée dans le bureau de la directrice dans une armoire fermant à clé.



FICHE DE CALCUL DU TAUX HORAIRE ET/ OU CONTRAT MENSUEL



**HALTE-GARDERIE
« La Farandole »**

4, rue Pinceloup
28700 BEVILLE LE COMTE
Téléphone 02 37 31 36 53
Mail : hg.beville@orange.fr

FAMILLE : **ENFANT :**

TAUX D'EFFORT APPLIQUE :

1 enfant = 0.06 % 2 enfants = 0.05 % 3 enfants = 0.04 % 4 enfants = 0.03 %

RESSOURCES DE LA FAMILLE

ANNEE

**SOMMES
En euros**

Revenus annuels du père (dernier avis d'imposition)
Revenus annuels de la mère (dernier avis d'imposition)
+ Indemnités journalières (Sécurité Sociale)	
+ ou – pension alimentaire	
Autres revenus	
TOTAL REVENUS IMPOSABLES ANNUELS	
REVENUS MENSUELS (divisés par 12)	

Plancher : 588,41 euros

Plafond : 4579,20 euros

COUT HORAIRE = revenus mensuels X taux d'effort soit :

..... X = Euros

Incluant la majoration de 30 % si hors C.C.B.A. : = Euros

Dans le cadre d'un accueil occasionnel, le tarif horaire s'élève à : Euros

Date et signature des représentants légaux.

Dans le cadre d'un accueil régulier :

Planning prévisionnel de présence

JOURS	OUI	NON	HORAIRES	TOTAL HEURES
LUNDI				
MARDI				
JEUDI				
VENREDI				
			TOTAL HEBDO	

Période annuelle : d'absence : semaines (planning à fournir)
de présence : semaines

Période d'absence si planning connu : (5 semaines de vacances minimum)

Du au

Du au

Du au

Autres périodes :

Contrat du AU 31/08 Soit une période de Mois

Heures hebdomadaires planifiées sur contrat : Heures

Heures annuelles :

Suivant nombre de semaines de présence = x heures semaines = Heures

Moyenne des heures mensuelles (divisées par le nombre de mois du contrat)

Soit : heures mensuelles / nbre de mois =h / mois = heures mensuelles

FORFAIT MENSUEL FACTURE : moyenne heures mensuelles X coût horaire

SUR LA PERIODE DU CONTRAT SOIT : Mois

..... X = Euros

Le montant mensuel de l'accueil s'élève à Euros, surmois pour une moyenne de Heures mensuelles.

Date et signature des représentants légaux :

Signature représentant de la CCBA :



LES PARENTS S'ENGAGENT A :

- ☞ Respecter le règlement intérieur,
- ☞ Respecter les modalités d'application du présent contrat,
- ☞ Suivre les règles d'hygiène et de sécurité de l'établissement,
- ☞ Respecter les horaires d'accueil,
- ☞ Effectuer toutes les vaccinations obligatoires,
- ☞ Signaler toute maladie ou traitement suivi par leur enfant,
- ☞ Garder leur enfant en cas d'éviction de l'établissement,
- ☞ Signaler tout changement de situation professionnelle ou familiale notamment en ce qui concerne l'exercice de l'autorité parentale,
- ☞ Indiquer tout changement de coordonnées professionnelles ou personnels, afin que nous puissions les joindre à tout moment de la journée,
- ☞ Régler leur participation financière à l'échéance prévue et respecter les modalités d'application affichées dans l'établissement,
- ☞ Respecter un délai de préavis (pour un accueil régulier), de un mois en cas de départ de l'enfant en cours d'année et de deux mois pour le départ pour rentrée scolaire.

L'ETABLISSEMENT S'ENGAGE A :

- ☞ Assurer à chacun le meilleur accueil,
- ☞ Respecter les règles d'hygiène et de sécurité définies par les textes
- ☞ Mettre à disposition de vos enfants un personnel qualifié et responsable,
- ☞ Assurer leur bien-être,
- ☞ Respecter leurs rythmes (sommeil, repas, activités),
- ☞ Contribuer à leur développement moteur, intellectuel, sensoriel et social,
- ☞ Etre disponible pour répondre à vos questions,
- ☞ Respecter les modalités d'application.

Fait à Béville le Comte, le

Signature des parents

Signature de la Directrice
de l'Etablissement