

INFORMATIONS AUX PARENTS-EMPLOYEURS POUR REDIGER UN

Livret d'Accueil

modèle C.A.F.

Les parents ont la possibilité de faire leur contrat et livret d'accueil :

- Syndicat
- Association
- Internet
- Conseil Général



L'enfant

- NOM et Prénom :
- Date de naissance :

Les Parents

■ Père

- NOM et Prénom :
- Adresse :
.....
.....
.....
- Tél. Domicile :
- Tél. Professionnel :
- Profession :
- Lieu de Travail :
- Situation familiale :
Marié Divorcé Célibataire Veuf Vie maritale

■ Mère

- NOM et Prénom :
- Adresse :
.....
.....
.....
- Tél. Domicile :
- Tél. Professionnel :
- Profession :
- Lieu de Travail :
- Situation familiale :
Marié Divorcé Célibataire Veuve Vie maritale



Qui prévenir en cas d'urgence ?

- NOM et Prénom :
- Adresse :
.....
.....
- Tél.

Santé et soins de l'enfant

Il est important que vous précisiez les renseignements médicaux que vous jugez utiles au médecin qui serait appelé en cas d'urgence.

- Maladies nécessitant une surveillance particulière :
.....
- Allergies :
.....
- Médicaments ou aliments interdits
.....
- Groupe sanguin (éventuellement) :
.....

Renseignements complémentaires :

.....
.....

- Si l'enfant suit un traitement et si ce traitement a lieu pendant le temps de garde, fournir la photocopie de la prescription médicale et il est indispensable que le médecin signifie par écrit si l'intervention de l'assistante maternelle est nécessaire et indispensable.
- Les parents remettent une autorisation d'intervention chirurgicale d'urgence et précisent s'ils souhaitent autoriser un médecin à pratiquer en urgence une intervention nécessitant une Anesthésie Générale sur l'enfant.

Au Relais, votre enfant sera accueilli dans un cadre collectif : pour cela, il est important qu'ils soient vaccinés



Vaccinations obligatoires

- Tétracoq - Dates :

- BCG - Dates :

En cas de contre-indication, un certificat médical devra être fourni, précisant que l'enfant est apte à la vie en collectivité.

*Vaccination très vivement conseillée par la P.M.I.
pour la vie en collectivité*

- R.O.R - Dates :

EN CAS D'URGENCE APPELEZ

Pompiers : 18

Urgences médicales :15

Centre anti-poison : 04 91 75 25 25

En cas de nécessité, quel médecin doit être contacté :

- Pédiatre de l'enfant
- Généraliste de la famille
- Médecin de l'Assistante Maternelle

Dans la mesure du possible, il est souhaitable que les parents soient prévenus avant l'appel du médecin.

- NOM du médecin :

- Adresse :

- Tél.

- NOM du Médecin :

- Adresse :

- Tél.

J'autorise Madame Assistante Maternelle de mon enfant à faire appel à un des médecins cités ci-dessus et à administrer les médicaments qu'il aura prescrits.

Signature :

En cas de besoin, l'avance des frais médicaux se fera par l'Assistante Maternelle :

Oui

Non



Les fournitures

Les repas du bébé : le lait infantile sera apporté par les parents.

Les repas de l'enfant : l'Assistante Maternelle les préparera (sauf cas particuliers)

- Les couches, le lait de toilette et le linge de rechange seront fournis par les parents ;
- L'entretien du linge sali dans la journée est également à leur charge ;
- Le matériel de puériculture sera fourni par :

.....
.....
.....

- Les Assistantes Maternelles :
 - Lit
 - Transat
 - Baby - Relax
 - Siège auto
 - Réhausseur
 - Poussette
 - Barrière

- ou les parents :
 - Autres

N.B. : il est recommandé que tout le matériel soit homologué et adapté à l'âge de l'enfant.

L'école

Si l'enfant est scolarisé : le lait infantile sera apporté par les parents

Coordonnées de l'école :
.....
.....

Nom de l'institutrice :



Autorisation

Dans le cas où votre Assistante Maternelle ne peut garder ponctuellement votre enfant pour des raisons personnelles, de formation ou de santé que souhaitez-vous pour votre enfant ?

Monsieur et Madame

Adresse

autorisons Madame Assistante Maternelle, sous réserve d'en être préalablement informés, à confier notre enfant :

NOM et Prénom

Date de naissance

A la Halte-Garderie Oui Non

A une autre Assistante Maternelle Oui Non

A l'époux de l'Assistante Maternelle Oui Non

Aux enfants majeurs de l'Assistante Maternelle Oui Non

Autre (à préciser) Oui Non

Fait à le

SIGNATURE DES PARENTS :

N.B./ Les parents ont l'obligation d'inscrire eux-mêmes leur enfant à la halte-garderie

Les parents s'engagent à présenter à l'Assistante Maternelle, les personnes qui pourraient venir chercher l'enfant en cas d'indisponibilité de leur part.

Noter les coordonnées ci-dessous :

.....
.....
.....
.....
.....
.....



Autorisation d'intervention chirurgicale d'urgence

Madame et Monsieur

Adresse

autorise le Médecin à pratiquer en urgence :

- Une intervention chirurgicale avec anesthésie sur notre enfant

Oui

Non

- Une transfusion sanguine sur notre enfant (rappel du groupe sanguin de l'enfant)

Oui

Non

Centre Hospitalier ou clinique chirurgicale où transporter l'enfant :

Nom: Tél.

Adresse

Fait à le

Signature du père :

Signature de la mère :

