APEEF Association petite Enfance, Enfance et famille

année 2018/2019

Les Ateliers Artistiques des 3 - 5 ans

NOM : .....

Prénom(s): .....

Date et lieu de naissance : .....

Garçon ou Fille * âge en septembre 2018 : .....

Adresse du foyer de l'enfant .....

.....

tel : .....

Nb enfants à charge au foyer:..... N° allocataire CAF .....

Photo

Factures et courriers seront adressés par email, merci de cocher les destinataires souhaités et de noter **lisiblement** votre **adresse mail**.
(une adresse mail par foyer est indispensable)

Responsable légal 1 (personne assurant la <u>couverture sociale</u> de l'enfant) : destinataire : courrier ☐ factures☐

Nom / Prénom : ..... père ou mère ou autre* .....

N° sécurité sociale/régime : .....

tel personnel : ..... mail : .....

profession/employeur/tel pro: .....

Responsable légal 2 : destinataire : courrier ☐ factures☐

Nom / Prénom : ..... père ou mère ou autre* .....

Adresse si différente .....

tel personnel : ..... mail : .....

profession/employeur/tel pro: .....

Autre adulte au foyer :

Nom / Prénom : ..... qualité : .....

tel personnel : ..... mail : .....

profession/employeur/tel pro: .....

Autres personnes (majeures) autorisées à raccompagner l'enfant, nom et téléphone :

.....

.....

.....

AI 2017 ☐ AI 2018 ☐ attestation couverture sociale ☐ attestation responsabilité civile ☐ justificatif CAF ☐

carnet de vaccination ☐ adhésion (type/date) ☐

Ressources référence 2016 Avis d'imposition / données CAF tarif :

Annuel : mensuel: QF: Th : **1 2**

Ressources référence 2017 Avis d'imposition / données CAF **3**

Annuel : mensuel: QF: Th : **4 5**

Dossier saisi Noé ☐ répertoire☐

Atelier : .....

Sante

Merci de compléter soigneusement la partie 'santé' qui sera visée par l'infirmière de l'APEEF

(copie des vaccins obligatoire)

Médecin traitant, nom et téléphone : .....

Taille de l'enfant : ..... **Poids** : ..... (à l'inscription)

Allergies * : Alimentaire Médicamenteuse Autre

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

.....

Intolérances :

.....

.....

Administration de traitement dans les multi accueil
Comme précisé dans le règlement de fonctionnement, aucun médicament ne sera administré sans l'ordonnance correspondante, datée, signée et indiquant précisément le nom de l'enfant, son poids, la posologie et la durée du traitement (flacons non ouverts et non reconstitués), et validée par l'infirmière ou la direction.

Traitement médical au quotidien : Oui Non *

Lequel et pour quelle pathologie :

.....

Protocole d'Accueil Personnalisé: Oui Non *

Si oui motif (cf classeur PAI)

.....

.....

Régime alimentaire

.....

Autres remarques concernant la santé (maladies, hospitalisation, diabolos, lunettes…), préciser les dates et précautions à prendre :

.....

.....

Vaccination : êtes-vous à jour ?

2018 calendrier simplifié des vaccinations

VACCINATIONS OBLIGATOIRES pour les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018

Âge approprié	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG													
VACCINATIONS OBLIGATOIRES: Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite													Tous les 10 ans
VACCINATIONS OBLIGATOIRES: Coqueluche													
VACCINATIONS OBLIGATOIRES: Haemophilus Influenzae de type b (HIB)													
VACCINATIONS OBLIGATOIRES: Hépatite B													
VACCINATIONS OBLIGATOIRES: Pneumocoque													
VACCINATIONS OBLIGATOIRES: Méningocoque C													
VACCINATIONS OBLIGATOIRES: Rougeole-Oreillons-Rubéole													
Papillomavirus humain (HPV)													
Grippe													Tous les ans
Zona													

Chez les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018, les vaccinations contre la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, l'Haemophilus b, l'hépatite B, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le pneumocoque et le méningocoque sont obligatoires.

Qu'est-ce que ça veut dire « être à jour » ?
« Être à jour » c'est avoir reçu les vaccins nécessaires en fonction de son âge et avec le bon nombre d'injections pour être protégé.

Si mes vaccins ne sont pas « à jour » ?
Il n'est pas nécessaire de tout recommencer, il suffit de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue. On parle de « rattrapage ».

Pour en savoir plus

VACCINATION INFO SERVICE.FR
Le site de référence qui répond à vos questions

BCG (Tuberculose)
La vaccination contre la tuberculose est recommandée à partir de 1 mois et jusqu'à l'âge de 15 ans chez certains enfants exposés à un risque élevé de tuberculose.

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite
Les rappels de l'adulte sont recommandés à âges fixes soit 25, 45, 65 ans et ensuite tous les dix ans.

Coqueluche
Le rappel coqueluche se fait à 25 ans. Les futurs parents sont particulièrement concernés, car la vaccination protège les nourrissons de moins de 6 mois dont la vaccination n'est pas complète.

Hépatite B
Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée uniquement chez les personnes exposées au risque d'hépatite B.

Pneumocoque
Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée dans des situations particulières.

Méningocoque C
À partir de l'âge de 12 mois et jusqu'à l'âge de 24 ans inclus, une dose unique est recommandée pour ceux qui ne sont pas déjà vaccinés.

Rougeole-Oreillons-Rubéole
Pour les personnes nées à partir de 1980, être à jour signifie avoir eu deux doses de vaccin.

Papillomavirus humain (HPV)
La vaccination est recommandée chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans inclus. La vaccination est proposée aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans.

Grippe
La vaccination est recommandée chaque année pour les personnes à risque y compris les enfants à partir de 6 mois, les femmes enceintes et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.

Zona
La vaccination est recommandée chez les personnes âgées de 65 à 74 ans inclus.

DT07-016-18PC Mise à jour : janvier 2018

Une question ? Un conseil ?
Parlez-en à votre médecin, votre sage-femme ou votre pharmacien.

Santé publique France

<u>Pour la constitution du dossier merci de fournir</u> :

- la Fiche de Renseignement complétée et signée (une par enfant)
- une Photocopie de l'Attestation CAF pour les allocataires*
- une Photocopie de l'Attestation de Responsabilité Civile de la famille*
- l'Adhésion à l'A.P.E.E.F. Validité du 1er septembre 2018 au 31 aout 2019
  L 'adhésion de 30€ est valable pour la famille.
- la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé
- et une Photo

<u>Merci de présenter également</u> <u>pour consultation :</u>

- les avis d'imposition relatifs aux revenus de 2016 et, dès que possible,2017
- l'attestation de couverture sociale de (des) l'enfant(s).

Fiche d'autorisations

DETAIL DES AUTORISATIONS	autorise	n'autorise pas
La direction à consulter notre dossier allocataire CAF afin d'accéder directement aux éléments de revenus nécessaires au calcul du tarif. (le service d'accès aux données CAF fait l'objet d'une autorisation de la CNIL et respecte les règles de confidentialité)		
La direction à imprimer et conserver les éléments de revenus nécessaires au calcul du tarif. (le service d'accès aux données CAF fait l'objet d'une autorisation de la CNIL et respecte les règles de confidentialité)		
Le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour des sorties en groupe		
Le personnel à faire transporter mon enfant dans des transports collectifs dans le cadre des sorties en groupe (tram, bus, car..)		
Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure ou les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'association.		
L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant		

ADMINISTRATION DE PRODUITS DE SOIN par l'équipe	autorise	n'autorise pas
Paracétamol sirop en cas de fièvre (supérieure à 38.5°C). Les parents seront systématiquement prévenus. Si non autorisé une rencontre avec le médecin et la direction de la structure est obligatoire.		
Arnica 9 ch : granules homéopathiques en cas de coup, de chute.		
Arnica pommade : en cas de coup, de chute.		
Apaisyl : pommade en cas de piqures d'insectes.		
Biseptine : désinfection des plaies.		

Signatures

Je, soussigné M. .....

Je, soussignée Mme .....

responsable de l'enfant .....

Déclare(nt) exacts les renseignements et documents fournis pour la constitution de ce dossier et atteste de la validité de ce document pour toute la durée de l'inscription de mon enfant.

Par l'adhésion à l'association j'accepte de fait son règlement intérieur, je reconnais avoir pris connaissance et accepter le règlement de fonctionnement de la structure d'accueil.

Bordeaux, le Signature(s)

∞ Nous avons signé avec la Caisse d'Allocations Familiales de la Gironde une convention de service qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.
∞ Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications aux données personnelles vous concernant. L'inscription de votre numéro de téléphone vaut autorisation expresse de vous appeler conformément au décret d'août 2003. Conformément à l'article L121-20-5 du code de la consommation, sur simple demande, votre numéro de téléphone peut être retiré de nos fichiers.