

*Veillez agraffer  
une photo  
récente de  
votre enfant ici*

➤ L'ENFANT

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : ..... Sexe : **Féminin**  **Masculin**

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Langue(s) parlée(s) à la maison : ..... Religion : .....(optionnel)

Age lors de la rentrée de l'enfant : .....an(s).....mois Adoption Parents séparés

Formule périscolaire :

- A la carte
- Forfait Sérénité
- Forfait Sérénité MAX
- Formule repas + transport : Lundi, mardi, jeudi, vendredi
- Transport du mercredi de l'école à ATOUT BOUT CHOU 4

Ecole fréquentée :

.....

Section :

- PS
- MS
- GS
- CP

**CADRE RESERVE A LA DIRECTION**

**Inscription**

Montant : .....

Observations :  
 .....  
 .....

Droit à l'image : oui  non

---

**IMPORTANT**

Est-ce que votre enfant présente :

- un handicap
- un retard
- un trouble du comportement
- autres .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier :

- Kinésithérapeute
- Pédopsychiatre
- Orthophoniste
- DAMPS
- CMP
- Autres : .....

➤ **LES PARENTS/TUTEURS DE L'ENFANTS** (cocher la personne à contacter en cas d'urgence).

**PERE/PARENT 1**

**MERE/PARENT 2**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse (physique).....

Adresse (physique).....

Code postal ..... Ville .....

de postal ..... Ville .....

**Adresse (postale SI DIFFERENTE)**

**Adresse (postale SI DIFFERENTE)**

Code postal ..... Ville .....

Code postal ..... Ville .....

☎Tél. Domicile : .....

☎Tél. Domicile : .....

☎Tél. Portable : .....

☎Tél. Portable : .....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur/société : .....

Employeur/société : .....

☎Tél. Travail : .....

☎Tél. Travail : .....

E-mail : .....

E-mail : .....

Rythme de garde si parents séparés : .....

➤ **LA FAMILLE**

**Frères et sœurs de l'enfant**

Nom, Prénom et date de naissance :

..... née le ..... / ..... / .....

..... née le ..... / ..... / .....

..... née le ..... / ..... / .....

**Position dans la fratrie** : .....

Y-a-t-il eu un évènement majeur dans votre famille qui pourrait affecter votre enfant : Oui / Non \*

Naissance : .....

Hospitalisation : .....

Séparation : .....

Adoption (date) : .....

Autres: .....

\* Entourer la bonne réponse

➤ **AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE**

**Nommez les personnes à contacter en cas d'urgence si les parents restent injoignables.**

1. Nom et prénom : .....

Adresse : .....

☎Tél. Domicile : ..... ☎Tél. Portable : .....

Lien avec l'enfant : .....

2. Nom et prénom : .....

Adresse : .....

☎Tél. Domicile : ..... ☎Tél. Portable : .....

Lien avec l'enfant : .....

➤ **DEPART DE L'ENFANT :**

*Nommez les personnes en dehors des parents et/ou tuteurs de l'enfant, autorisées à récupérer l'enfant.*

1. Nom et prénom : .....

Adresse : .....

☎Tél. Domicile : ..... ☎Tél. Portable : .....

Lien avec l'enfant : .....

2. Nom et prénom : .....

Adresse : .....

☎Tél. Domicile : ..... ☎Tél. Portable : .....

Lien avec l'enfant : .....

3. Nom et prénom : .....

Adresse : .....

☎Tél. Domicile : ..... ☎Tél. Portable : .....

Lien avec l'enfant : .....

➤ **INFORMATIONS MEDICALES**

**Nom du médecin traitant :** ..... ☎ Tél. : .....

Couverture sociale : **CAFAT**  N° ..... /

**Mutuelle** .....  N° ..... **Nom du titulaire** ..... **Autres**

.....

➤ **HISTORIQUE MEDICAL**

Veillez fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité datant de moins de 3 mois avant la rentrée de votre enfant.

Votre enfant a-t-il déjà attrapé la :

**Varicelle oui / non \***

Y-a-t-il d'autres particularités médicales dont nous devons être informées :

Opérations : .....

Accidents : .....

**Allergies :** .....

*(Fournir un certificat médical d'un allergologue)*

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : .....

.....

.....

Votre enfant est-il :

**Epileptique oui / non \***       **Diabétique oui / non \***       **Asthmatique oui / non \***

Instructions du médecin en cas de crise (joindre le PAI -Projet d'Accueil Individualisé) : .....

.....

.....

.....

\* Votre enfant a-t-il déjà pris du Doliprane/ ou de l'Advil depuis sa naissance ? : **oui / non \***

\* Votre enfant est-il allergique au Doliprane/Advil : **oui / non \***

Poids de votre enfant :.....à la date du : .....

➤ **ETAT DE SANTE**

Malgré toute l'attention portée à votre enfant au sein de l'établissement, votre enfant ne passera pas au travers de **petits 'bobos' survenant au cours de ses journées.**

\***En cas de symptômes inhabituels** : fièvre, perte de connaissance, choc à la tête, apathie, vomissements, selles liquides, éruption cutanée, pâleur, plaies suintantes vous serez **automatiquement informé** par téléphone.

\***EN CAS DE PETITE BOBOLOGIE** : bosses, griffures, morsures, chutes bénignes souhaitez-vous être contacté par téléphone :

**NON**, je ne souhaite pas être informé des petites bobologie de mon enfant

**OUI**, je souhaite automatiquement être informé des petites bobologie de mon enfant

---

## AUTORISATION 1<sup>ER</sup> SOINS

Je soussigné(e) .....  père  mère  
de l'enfant : .....

\* Nous/j' autorise le personnel d'Atout Bout Chou à :

- administrer du Doliprane à mon enfant. Si toutes les tentatives pour nous/me contacter échouent.
- administrer des granules homéopathiques d'APIS MELLIFICA 9ch à mon enfant.
- administrer des granules homéopathiques d'ARNICA MONTANA 9ch à mon enfant.
- appliquer de l'ARNIGEL à mon enfant.

**Date et signature** (à faire précéder de la mention « lu et approuvé ») ..... / ..... /.....

---

## AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Dans le cas d'accident important ou de maladie nécessitant une intervention médicale d'urgence, tous les efforts seront faits pour contacter les parents/tuteurs avant toute intervention. Quoiqu'il en soit, si vous restez injoignable, il nous faut votre autorisation d'intervention d'urgence :

Je soussigné(e) .....  père  mère  
de l'enfant : .....

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiqué, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant.

**Date et signature** (à faire précéder de la mention « lu et approuvé ») ..... / ..... /.....

---

## AUTORISATION DE SORTIES PEDAGOGIQUES

Je soussigné(e) .....  père  mère  
de l'enfant : .....

autorise la participation de mon enfant à des sorties pédagogiques organisées et encadrées par des adultes responsables. Les véhicules sont agréés par la DITT.

Les sorties concernent les sections prématernelles et périscolaires.

**Date et signature** (à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

..... / ..... /.....

---

## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Tout au long de l'année, dans le cadre de nos activités pédagogiques, nous prenons et utilisons des photos prises dans les différents espaces du jardin d'enfants, pour différentes publications internes et autres, en relation avec la structure et les familles (Dropbox).

Afin d'utiliser ces photos dans un cadre médiatique, la loi nous fait obligation d'avoir votre autorisation écrite pour l'utilisation et le droit à l'image de votre enfant :

### **Extrait de la charte académique**

L'article 9 du code civil stipule :

Chacun a droit au respect de vie privée.

[...] Toute personne peut interdire la reproduction de ses traits [...]

[...] C'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation [...]

S'agissant de mineurs, ce droit à l'image, mais aussi de façon plus générale, au respect de sa personne, et d'application stricte.

En conséquence, aucune photo d'enfant reconnaissables ne pourra être publiée sur le web sans une autorisation écrite des parents (ou tuteurs, responsables...) indiquant précisément dans quel contexte pédagogique se situe cette photo.

Les œuvres des enfants ne doivent en aucun cas faire état du nom de famille de l'auteur. Seul est autorisé le prénom.

Je soussigné(e) .....  père  mère  
de l'enfant (mineur) : .....

**autorise l'équipe** de la crèche à utiliser dans le cadre pédagogique des photos de leur enfant prises au cours des activités, sur notre site internet, notre page professionnel Facebook (ABC4 veillera dans ce cas à ce qu'aucune identité d'élève puisse être rapprochée des photographies mises en ligne), sur tout autre support médiatique en rapport avec les besoins de la crèche.

**n'autorise pas** à utiliser les photos de mon enfant sur notre site internet, notre page professionnel Facebook (ABC4 veillera dans ce cas à ce qu'aucune identité d'élève puisse être rapprochée des photographies mises en ligne), sur tout autre support médiatique en rapport avec les besoins de la crèche.

### **Date et signature d'un représentant légal de l'enfant**

à faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Fait à Nouméa le ..... / ..... / ..... en un exemplaire et de bonne foi



Nos coordonnées :

ATOUT BOUT CHOU 4

2 rue Spahr – Val Plaisance

98800 NOUMEA

Tél : 28 91 60 - Mail : abc4@atoutboutchou.com

Compte bancaire BCI 17499 00010 31649502010 04

SARL au capital de 100.000 F.CFP – RIDET 1 465 624 001

---