



A PETITS PAS
MULTI ACCUEIL

DOSSIER ADMINISTRATIF ET MÉDICAL

Nom de l'enfant :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse de l'enfant :

Régime d'appartenance (*Régime général, régime agricole,...*) :

N° CAF :

N° MSA :

Nom de l'allocataire :

Information concernant la mère :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse (si différente de celle de son enfant) :

Profession :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Information concernant le père :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse (si différente de celle de son enfant) :

Profession :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

N° de téléphone :

	Domicile	Portable	Travail	Email
Mère				
Père				

Situation familiale :

Mariés Vie Maritale Séparés Veuf(ve) Célibataire Pacsés Divorcés*

(*dans ce cas joindre une copie du jugement du tribunal désignant le parent ayant la garde de l'enfant).

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

Tél. :

Autorité parentale conjointe oui non

Personne ou organisme à qui adresser la facture :

Nom :

Prénom :

Adresse:

Code postal :

Ville :

Document confidentiel

Informations médicales concernant votre enfant à destination de la direction, de l'infirmière et du médecin référent de l'établissement permettant une prise en charge optimum de votre enfant dans le cadre de la prévention précoce :

Déroulement de la grossesse :

Déroulement de l'accouchement :

A la naissance : Poids : Taille : Périmètre Crânien :

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

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

A-t-il déjà été **opéré** ? Si oui, indiquer la date et la nature de l'opération :

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

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

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

Est-ce que votre enfant prend des **médicaments au quotidien** ? Si oui, merci de préciser lesquels ?

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

Veillez tenir informé la direction ou le personnel médical de la structure de tout élément nouveau, significatif (*d'ordre médical*) nécessaire à la prise en charge de votre enfant.

Médecin traitant de l'enfant (Nom, adresse et coordonnées téléphoniques/mail)

Signature des représentants légaux