



Adresse postale :

Crèche « les petits anges »
1, faubourg de Montbéliard
90000 Belfort

Tél : 03 0123456

Email : creche@lespetitsanges.fr

Horaires : Du lundi au vendredi de 6h à 21h.

Inscription

Enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance : -----

Groupe Sanguin : -----

Pédiatre : -----

Tél : -----

Assurance maladie et accident :

Adresse :

Rue et n° :

Localité : -----

Téléphone privé : -----

Parents :

Nom et prénom de la mère :

Profession : -----

Tél. portable : ----- Tél.
professionnel : -----

Nom et prénom du père :

Profession : -----

Tél. portable : ----- Tél.
professionnel : -----

Autres personnes de références en cas d'urgence

----- Tels -----

Tels -----

Motif de placement :

Les deux parents travaillent : -----

Socialisation de l'enfant : -----

Autre raison : -----

Horaire de fréquentation :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Matin

Repas

Après-midi

Date de placement souhaitée :

Période d'adaptation

----- (à remplir par
l'équipe éducative)

Santé :

Maladies infantiles déjà contractées

Varicelle : _____

Scarlatine : _____

Oreillons : _____

Rougeole : _____

Rubéole : _____

Autre : _____

Vaccins

ROR : _____

BCG : _____

DI_TE_PER : _____

Autres : _____

Nous n'obligeons pas les parents de vacciner leurs enfants, par contre
dès qu'il y a une
maladie contagieuse nous sommes obligées de ne pas accepter les
enfants non vaccinés
dans le but de les protéger.

Allergies, maladies particulières, régime spécifique :

Traitements éventuels :

Remarques particulières :

Habitudes et rituels : siestes, doudous, ... etc...

Propreté :

Porte des couches durant le jour : _____

Porte des couches que pendant la sieste : _____

Ne porte plus de couches : _____

Alimentation + Boisson (ce que l'enfant aime ou n'aime pas) :

Lieu et date Signature

Veuillez rendre un descriptif plus complet sur les habitudes et rituels de votre enfant afin que le personnel éducatif puisse faire son travail avec plus d'efficacité.

Crèmes et médicaments que la crèche dispose et que les parents autorisent à administrer (cocher que si vous êtes d'accord).

Crèmes:

Oxyplastine ☐

Crème zinc ☐

Vaseline ☐

Mustela pour change ☐

Mustela pour le visage ☐

Osadyne (gel de dentition) ☐

Crème plein air (Froid) ☐

Eosine ☐

Arnica crème ☐

Vita Merfen ☐

Désinfectant Merfen ☐

Crèmes solaire ☐

Ouate hémostatique ☐

Crème fenistil ☐

Médicaments :

Les parents sont tenus de marquer par une croix en face de chaque médicament s'ils

sont d'accord qu'on les administre aux enfants. Bien entendu avant de administrer un

médicament cité ici en marge nous appellerons les parents pour nous informer de la posologie.

Arnica granules ☐ Appel tél oui ☐ non ☐

Sérum physiologique ☐ Appel tél oui ☐ non ☐

Pommade Pulmex

Liberol Baby N

Dafalgan en poudre

Dafalgan suppositoire

FICHE POUR PRISE DE MEDICAMENTS

Date _____

Temps de prescription _____

Nom et prénom _____

Age _____ Poids _____

Nom du
médicament _____

Prises par jours _____

Quand _____ Quantité _____

Signature des
parents _____

Signature de l'éducatrice informée _____