

# DOCUMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER



## À COMPLÉTER

- Contrat d'accueil
- Les différentes autorisations
- Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant

## À APPORTER

### Obligatoire

- Copie du livret de famille ou acte de naissance de l'enfant
- Copie du jugement en cas de séparation
- Numéro d'allocataire CAF
- Copie des derniers avis d'imposition
- Copie des vaccinations à jour
- Certificat d'aptitude à la vie en collectivité
- Ordonnance de Doliprane
- Un chèque de 50 euros correspondant à l'acompte
- Un chèque de 50 euros correspondant aux frais d'inscription (hors réservation entreprise)
- Un RIB (si prélèvement automatique souhaité)

### Recommandé

- Attestation responsabilité civile

## À FOURNIR

- 3 changes complets
- Sérum physiologiques
- Thermomètre
- Crème pour le change
- Biberons
- Gigoteuse ou couverture
- Flacon de Doliprane neuf

# CONTRAT D'ACCUEIL



## ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Lieu .....

Date de début du contrat .....

Type d'accueil  accueil régulier fixe  régulier variable  occasionnel

## LA MAMAN (OU PARENT 1)

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal .....

Ville .....

Tél domicile .....

Tél portable .....

Tél professionnel .....

Email .....

Employeur .....

Profession .....

## LE PAPA (OU PARENT 2)

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

(si différente de la mère)

Code postal .....

Ville .....

Tél domicile .....

Tél portable .....

Tél professionnel .....

Email .....

Employeur .....

Profession .....

## PÉRIODE D'ACCUEIL RÉSERVÉE SOUHAITÉE

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi
ARRIVÉE						
DÉPART						
REPAS						
ARRIVÉE						
DÉPART						
REPAS						
DÉPART						

Soit ..... heures réservées par la famille par semaine sur ..... semaines

Tarif horaire de la famille : ..... euros

Date et signature des deux parents, précédés de la mention « j'ai lu et j'accepte le règlement de fonctionnement de la crèche Le Jardin des Merveilles »

# AUTORISATIONS



Je (nous) soussigné(s) .....

parent(s) de .....

autorise(ons) par la présente :

→ **La prise de photographie ou de vidéo de notre enfant pour l'usage interne de l'établissement**

oui     non

→ **La prise de photographie ou de vidéo de notre enfant pour l'usage externe de l'établissement**

oui     non

→ **Toute sortie pendant les horaires d'accueil, qu'elle soit régulière, occasionnelle ou exceptionnelle, dans le respect des taux d'encadrement du secteur**

oui     non

→ **La délivrance par les professionnels de l'équipe d'un antipyrétique en cas de fièvre de notre enfant (Doliprane)**

oui     non

→ **Le transport de notre enfant à l'hôpital en cas d'urgence, par les services habilités**

oui     non

→ **L'intervention de soins en cas d'urgence, par des professionnels habilités**

oui     non

→ **Que notre enfant mange la nourriture fournie par la crèche**

oui     non

Date et signature du (des) parent(s)



# LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je (nous) soussigné(s) .....  
.....  
parent(s) de .....  
autorise(ons) les personnes inscrites sur cette liste à venir chercher notre enfant :

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Portable</b> .....

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Portable</b> .....

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Portable</b> .....

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Portable</b> .....

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Portable</b> .....

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Portable</b> .....

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Portable</b> .....

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Portable</b> .....

Date et signature du (des) parent(s)

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

## IMPORTANT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **LE JARDIN DES MERVEILLES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **LE JARDIN DES MERVEILLES**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

### VOUS

Nom .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
Code postal .....  
Ville .....  
Pays .....

### VOTRE BANQUE

Nom .....  
Identifiant .....  
Adresse .....  
Code postal .....  
Ville .....  
Pays .....

### INFORMATIONS DE PAIEMENT

**IBAN** .....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

**BIC** .....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement  paiement mensuel

### DATE, LIEU ET SIGNATURE

### RÉSERVÉE AU JARDIN DES MERVEILLES

Le Jardin des Merveilles - 7 rue de Berlin, 77144 Montévrain - Tél. : 01 64 44 15 54 - direction-montevrain@lejardindesmerveilles.fr - www.lejardindesmerveilles.fr

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

## IMPORTANT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **LE JARDIN DES MERVEILLES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **LE JARDIN DES MERVEILLES**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

### VOUS

Nom .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
Code postal .....  
Ville .....  
Pays .....

### VOTRE BANQUE

Nom .....  
Identifiant .....  
Adresse .....  
Code postal .....  
Ville .....  
Pays .....

### INFORMATIONS DE PAIEMENT

**IBAN** .....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

**BIC** .....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement  paiement mensuel

### DATE, LIEU ET SIGNATURE

### RÉSERVÉE AU JARDIN DES MERVEILLES

Le Jardin des Merveilles - 7 rue de Berlin, 77144 Montévrain - Tél. : 01 64 44 15 54 - direction-montevrain@lejardindesmerveilles.fr - www.lejardindesmerveilles.fr