ANNEXE I

**DEPLACEMENTS DE L’ENFANT**

Je (nous) soussigné(s) :

Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : …………………………………………………………………………………………………………….

autorise (autorisons) Madame, Monsieur : …………………………………………., assistant(e) maternel(le),

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : …………………………………………………………………………………………………………….

S’agissant de mon (notre) enfant

Nom : …………………………………………………….. Prénom : ……………………………………...................

Né le : ……………………………………………………..

- **à circuler en voiture avec lui**

Oui Non

- à ma (notre) demande ou à l’initiative de l’assistant maternel, sous réserve d’en être préalablement informé(s), **à l’accompagner aux diverses activités éducatives** pouvant l’intéresser (activités du RAM, activités de la médiathèque, spectacles, sports, parcs, ludothèques, Fontenay sous soleil, etc.)

Oui Non

- sous réserve d’en être préalablement informé(s), **à emmener l’enfant avec lui pour accomplir des activités de la vie courante** (courses, obligations administratives, déplacements à l’école pour accompagner d’autres enfants, visites professionnelles chez d’autres assistants maternels, etc.)

Oui Non

- **en cas d’extrême nécessité à faire garder mon (notre) enfant** par :

Madame, Monsieur : ………………………………………………………………., assistant(e) materne(le),

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : …………………………………………………………………………………………………………….

Oui Non

Ou la halte-garderie désignée ci-dessous :

………………………………………………………………………………………………………………………….

Oui Non

- **à faire conduire mon (notre) enfant à l’école** par :

Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………..

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : ……………………………………………………………………………………………………………

Tel. ……………………………………………………………………………………………………………………

- **à faire reprendre mon (notre) enfant** par :

Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………..

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : ……………………………………………………………………………………………………………

Tel. ……………………………………………………………………………………………………………………

Tous les jours ;

Les jours suivants : *(Rayez la mention inutile)*

………………………………………………………………………………………………………………………….

ou

Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………..

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : ……………………………………………………………………………………………………………

Tel. ……………………………………………………………………………………………………………………

Tous les jours ;

Les jours suivants : *(Rayez la mention inutile)*

………………………………………………………………………………………………………………………….

**Prescriptions particulières des parents** relatives aux déplacements de leur enfant avec son assistant(e) maternel(le), Madame, Monsieur *(rayez la mention inutile)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Fait à : ………………………………………………., le ……………………………………………………

Signature de la mère Signature du père

*(Rayez la mention inutile)*

ANNEXE II

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE**

Je (nous) soussigné(s) :

Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………

*(Rayez la mention inutile)*

s’agissant de mon (notre) enfant

Nom : ………………………………………………… Prénom : …………………………………………………….

En cas d’impossibilité de me (nous) contacter, et chaque fois que l’urgence le justifiera, autorise (autorisons), Madame, Monsieur *(Rayez la mention inutile)* ……………………………………………............, assistant(e) maternel(le), à prévenir, à toutes fins utiles :

Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………..

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : ……………………………………………………………………………………………………………

Tel. ……………………………………………………………………………………………………………………

A défaut,

Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………..

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : ……………………………………………………………………………………………………………

Tel. ……………………………………………………………………………………………………………………

A défaut,

Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………..

*(Rayez la mention inutile)*

demeurant : ……………………………………………………………………………………………………………

Tel. ……………………………………………………………………………………………………………………

Fait à : ………………………………………………., le ……………………………………………………

Signature de la mère Signature du père

*(Rayez la mention inutile)*

ANNEXE III (page 1/3)

**FICHE MEDICALE DE L’ENFANT**

Nom : …………………………………………………….. Prénom : ……………………………………...................

Né le : ……………………………………………………..

Nom de la mère : …………………………………………………..Prénom : ………………………….......................

Nom du père : ……………………………………………………...Prénom : ………………………………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………….

Nom de l’assistant(e) maternel(le) : ………………………………. . Prénom : ……………………………………...

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………….

***INFORMATIONS MEDICALES CONCERNANT L’ENFANT***

Ces informations médicales peuvent être remplacées par une copie du carnet de santé de l’enfant.

**Allergies**

Allergies alimentaires, médicamenteuses et autres allergies (par exemple plantes ou animaux) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Dispositions à prendre : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Vaccinations**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins** | **Dates** | | | | | | |
| Naissance | 2 mois | 3 mois | 4 mois | 9 mois | 12 mois | 16-18 mois |
| BCG |  |  |  |  |  |  |  |
| Diphtérie-Tétanos |  |  |  |  |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  |  |  |  |  |
| Coqueluche |  |  |  |  |  |  |  |
| Hib\* |  |  |  |  |  |  |  |
| Hépatite B |  |  |  |  |  |  |  |
| Pneumocoque |  |  |  |  |  |  |  |
| Rougeole-Oreillons-Rubéole |  |  |  |  |  |  |  |
| Grippe |  |  |  |  |  |  |  |

\* Le vaccin contre le Hib immunise les enfants contre les maladies graves telles que la méningite causée par le germe de *l’haemophilus influenzae* de type B (Hib).

**Autres informations utiles relatives à la santé de l’enfant :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ANNEXE III suite (page 2/3)

**Adresses utiles**

**Médecin traitant**:

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone :……………………………………………………………………………………………………………

**Dentiste suivant l’enfant**:

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone :……………………………………………………………………………………………………………

**Centre hospitalier ou clinique où transporter de préférence l’enfant en cas d’urgence** :

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone :……………………………………………………………………………………………………………

**Autres adresses utiles au suivi médical de l’enfant** :

…………………………………………………………………………………………………………………………

***ENGAGEMENT DES PARENTS RELATIFS AUX MALADIES CONTAGIEUSES***

Je (nous) soussigné(s), Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………

*(Rayez la mention inutile)*

Responsable de l’enfant : …………………………………………………………………………………………….

m’engage (nous engageons) à informer l’assistant(e) maternel(le) de toute maladie contagieuse dont l’enfant est porteur.

En cas de maladie contagieuse de l’enfant, je m’engage (nous nous engageons) à ne pas le remettre à l’assistant(e) maternel(le) s’il accueille d’autres enfants ou ses propres enfants.

Fait à : ………………………………………………., le ……………………………………………………

Signature de la mère Signature du père

*(Rayez la mention inutile)*

***AUTORISATION DONNEE PAR LES PARENTS A L’ASSISTANT MATERNEL POUR PRENDRE TOUTES MESURES UTILES RELATIVES A LA SANTE DE L’ENFANT***

Je (nous) soussigné(s), Madame, Monsieur : …………………………………………………………………………………………………

*(Rayez la mention inutile)*

Responsable de l’enfant : …………………………………………………………………………………………….

Autorise(nt) Madame, Monsieur, ………………………………………., assistant(e) maternel(le), à prendre toutes mesures utiles à la santé de mon (notre) enfant au cas où je (nous) ne serais (serions) pas disponible(s) ou joignable(s), dans le respect des prescriptions médicales remises par nos soins.

Fait à : ………………………………………………., le ……………………………………………………

Signature de la mère Signature du père

*(Rayez la mention inutile)*

ANNEXE III suite (page 3/3)

***AUTORISATION DONNEE PAR LES PARENTS AU MEDECIN POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE D’URGENCE***

Je (nous) soussigné(s), Madame, Monsieur :………………………………………………………………………

*(Rayez la mention inutile)*

Responsable de l’enfant : …………………………………………………………………………………………….

Né(e) le : …………………

autorise(nt) tout docteur en médecine à pratiquer en cas d’urgence :

- une intervention chirurgicale,

Oui Non

avec anesthésie

Oui Non

- une transfusion sanguine

Oui Non

sur notre enfant désigné ci-dessus.

Fait à : ………………………………………………., le ……………………………………………………

Signature de la mère Signature du père

*(Rayez la mention inutile)*