

## ACTE D'ENGAGEMENT ACCUEIL FAMILIAL – MULTI-ACCUEIL

### Engagement de fréquentation :

La famille s'engage à respecter les horaires d'accueil définis en annexe du contrat d'accueil.

En cas de non présentation d'un parent aux heures de contrat, le personnel pourra faire appel à une personne autorisée à venir chercher l'enfant (ci-dessous nommée)

### 1 - Santé de l'enfant

Nom du **médecin traitant**..... Téléphone .....

Nom-prénom du **1<sup>er</sup> parent**..... Téléphone .....

Nom-prénom du **2<sup>ème</sup> parent**..... Téléphone .....

Nom-prénom du **réfèrent** en cas d'absence ou d'une **personne susceptible** de vous prévenir rapidement.....Téléphone.....

En respect du protocole de santé rédiger par la référente santé et accueil inclusif et la directrice :

#### ➤ En cas d'urgence :

Le professionnel appellera le 15 ou le 112, puis en informera les parents.

Les équipes intervenantes détermineront la prise en charge nécessaire à l'état de l'enfant.

#### ➤ Crème solaire :

Seule celle qui sera dans le sac de l'enfant et fournie par la famille sera appliquée

#### ➤ Traitements :

Pour tout autre traitement, (crème, collyre, homéopathie, antibiotique, ibuprofène...), le parent fournira une ordonnance du médecin traitant. Ce traitement pourra être administré par tout professionnel de la structure encadrant les enfants ; sauf s'il est précisé par le médecin prescripteur qu'il doit être administré par un auxiliaire médical. Dans ce cas, il pourra être administré selon la composition de l'équipe.

Si l'enfant nécessite la mise en place d'un PAI, ce dernier vous sera transmis par l'établissement d'accueil et sera par la suite complété par le médecin de l'enfant.

Nous profitons pour rappeler que la vie en collectivité exige de prendre certaines précautions vis-à-vis de votre enfant et des autres. En conséquent, les vaccinations : Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche, Haemophilus Influenzae B, Hépatite B, Méningocoque, Pneumocoque et Rubéole, Oreillon et Rougeole sont obligatoires (en fonction des recommandations du ministère de la Santé).

Ci-joint le modèle du certificat médical pour le Multi-Accueil et l'Accueil Familial pour l'accueil en structure petite enfance.

## **2 - Autorisations**

### **➤ Autorisations de sortie :**

La famille autorise son enfant à participer à l'ensemble des activités / sorties organisées par le service sur le territoire de la Communauté de Communes Pays d'Olmes.

### **➤ Autorisation de transport :**

- Pour l'Accueil Familial, La famille autorise l'assistante maternelle à transporter son enfant dans son véhicule personnel dans le cadre de son activité professionnelle sur le territoire de la Communauté de Communes Pays d'Olmes.

- Pour le Multi-Accueil, la famille autorise le déplacement des enfants à pied ou en bus (mini-bus).

### **➤ Autorisation de droit à l'image \* :**

La famille autorise que son enfant soit filmé et / ou photographié par le personnel du C.I.A.S. Pays d'Olmes et la presse dans le cadre des activités collectives ainsi qu'au domicile des assistantes maternelles et au Multi-Accueil . Ces documents à usage professionnel, sont destinés à la réalisation de films, d'expositions photos, de parution d'articles dans la presse écrite, sur le site Internet du C.I.A.S. Pays d'Olmes et de la Communauté de communes., y compris publication sur les réseaux sociaux de ses entités.  
.....

La famille n'autorise pas que son enfant soit filmé et / ou photographié.

La famille certifie que si elle reçoit des photos ou films, elle s'engage à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

\* Cocher la case de votre choix

## **3 – Remplacement en cas de fermeture ou d'urgence :**

### **➤ Absence de l'assistante maternelle :**

La famille accepte que son enfant soit placé par l'assistante maternelle, chez une autre assistante maternelle de l'Accueil Familial ou à la Maison de la Petite Enfance.

### **➤ Fermeture du Multi-Accueil ou absence de place :**

La famille accepte que son enfant soit placé chez une assistante maternelle de l'Accueil Familial.

#### 4 - Listes des personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom Prénom	Téléphone domicile	Téléphone mobile	Lien de parenté avec l'enfant

➤ **Respect du règlement intérieur :**

La famille déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur dont un exemplaire lui a été remis à l'admission de son enfant et elle s'engage à le respecter.

➤ Ce document a été rédigé en collaboration avec le médecin de crèche et validé par ce dernier.

Fait à ....., le        /        /

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

**1<sup>er</sup> parent**

**2<sup>ème</sup> parent**

M .....

M.....

## Certificat médical Accueil Familial et Multi-Accueil

« Je soussigné(e), Docteur.....certifie que l'état de santé de l'enfant .....né le ..... ne présente pas de contre- indication médicale à la vie en collectivité. »

Date .....

Cachet et signature du Médecin

Certificat daté de moins de 2 mois à la date d'entrée en collectivité.

## Ordonnance Accueil Familial et Multi-Accueil

Nom, prénom de l'enfant : ..... né le.....

J'autorise l'administration par le personnel du Multi-accueil ou de l'accueil familial de :

- **Paracétamol** dose/poids en solution buvable toutes les 6h en cas d'**hyperthermie** :  
 OUI  NON

En cas de refus ou si l'enfant tolère mal la fièvre, le parent devra venir chercher l'enfant.

- **Paracétamol** dose/poids en solution buvable toutes les 6h en cas de **douleurs** (poussée dentaire...):  
 OUI  NON

En cas de refus ou si l'enfant tolère mal la douleur, le parent devra venir chercher l'enfant.

- **Crème à base d'arnica** localement en cas de choc, de bosse ou de contusion sans plaie :  
 OUI  NON

- **Crème Cicalfat**® en cas d'érythème fessier 1 à 2 application par jour en fonction du temps d'accueil de l'enfant :  
 OUI  NON

Date .....

Cachet et signature du Médecin

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

**1<sup>er</sup> parent**

M.....

**2<sup>ème</sup> parent**

M.....