CROIX-ROUGE
FRANÇAISE

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- ☐ Fiche de renseignements remplie et signé
- ☐ Justificatif de domicile
- ☐ Livret de famille ou Acte de naissance intégral
- ☐ Copie de la carte allocataire, ou d'un courrier CAF justifiant votre numéro d'allocataire
- ☐ Copie du carnet de santé page des vaccinations
- ☐ Protocole anti pyrétique délivré par le médecin traitant
- ☐ Certificat de non contre-indication à la vie en collectivité délivré par le médecin traitant
- ☐ Attestation assurance responsabilité civile et familiale au nom de l'enfant

Si revenus non renseignés à la CAF :

- ☐ Copie de l'avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024
- ☐ Certificats de rémunération 2024 pour les travailleurs frontaliers (+certificat de la CNS en cas de maladie/maternité sur la période concernée)

CROIX-ROUGE FRANÇAISE

[Identification de l'établissement
Adresse
Tél
Mail]

Fiche Admission ENFANT

ENFANT

Nom :
.....

Prénom(s) :
.....

Sexe : Garçon / Fille*
Date de naissance : ____/____/_____
Adresse :
.....
.....

**Rayer la mention inutile*

N° d'allocataire CAF : **Titulaire :** PÈRE ou MÈRE*
.....

N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend :
.....

Assurance :
Nom de la compagnie :
.....
Numéro de contrat :
.....

FAMILLE

Situation familiale : célibataire / mariés / divorcés / séparés / veuf(ve) / vie maritale / pacsés*
Nombre d'enfants : ..... **Nombre d'enfants à charge :** .....
Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)/prise en charge de l'enfant par une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou présence d'un enfant à charge de la famille bénéficiaire de l'AEEH ou pris en charge par une MDPH ? OUI / NON*
Droit de garde de l'enfant assuré par : PÈRE - MÈRE*

Représentant légal 1 (à contacter en priorité en cas de besoin)

Nom / Prénom :
.....
Autorité Parentale : Oui / Non*
Né(e) le : ____/____/_____
à ..... **Département :** .....
Nationalité : .....
Adresse : (si différente de celle de l'enfant)
.....
.....
.....

Numéros de téléphone :
Tél Privé : .....
Mobile : .....
Tél Professionnel : .....

Adresse email : (Merci de renseigner une seule adresse mail à laquelle vous souhaitez recevoir la facture (responsable 1 ou 2)

Représentant légal 2

Nom / Prénom :
.....
Autorité Parentale : Oui / Non*
Né(e) le : ____/____/_____
à ..... **Département :** .....
Nationalité : .....
Adresse : (si différente de celle de l'enfant)
.....
.....
.....

Numéros de téléphone :
Tél Privé : .....
Mobile : .....
Tél Professionnel : .....

Adresse email : (Merci de renseigner une seule adresse mail à laquelle vous souhaitez recevoir la facture (responsable 1 ou 2)

@Mail pour envoi de la facture :

.....

Régime particulier (MSA, SNCF, EDF....) : OUI/NON*
Si oui, lequel ?

.....

N° de sécurité sociale :

.....

Profession :

.....

Employeur / lieu de travail :

.....

.....

Frontalier : OUI/NON*

** Rayer les mentions inutiles*

@Mail pour envoi de la facture :

.....

Régime particulier (MSA, SNCF, EDF....) : OUI/NON*
Si oui, lequel ?

.....

N° de sécurité sociale :

.....

Profession :

.....

Employeur / lieu de travail :

.....

.....

Frontalier : OUI/NON*

** Rayer les mentions inutiles*

PLANNING DE L'ENFANT

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
☐ Arrivée ___: ___ Départ ___: ___	☐ Arrivée ___: ___ Départ ___: ___	☐ Arrivée ___: ___ Départ ___: ___	☐ Arrivée ___: ___ Départ ___: ___	☐ Arrivée ___: ___ Départ ___: ___

Les représentants légaux :

- certifient l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus ;
- s'engagent à préciser tout changement de situation dans les plus brefs délais ;
- déclarent avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'établissement et s'engagent à le respecter.

A....., le __/__/____

Signature du responsable 1 de l'enfant précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du responsable 2 de l'enfant précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies par le biais de ce document font l'objet d'un traitement de données personnelles par la Croix-Rouge française sur le fondement de l'intérêt légitime afin d'assurer la gestion administrative et financière de votre dossier. Les données collectées ont également vocation à être utilisées pour la gestion des services de l'établissement (gestion des personnes à prévenir et des personnes habilitées à venir chercher votre enfant).

Les données vous concernant sont à usage et à destination de la Croix-Rouge française et des personnels habilités de notre établissement. Vos données sont également transmises, dans la limite des informations strictement nécessaires à la finalité poursuivie, aux organismes publics et privés dans le cadre de nos obligations légales et/ou pour la justification des financements (commune, CAF...), à nos sous-traitants : techniques et informatiques de traitement des données, de transport (notamment pour les sorties), de recouvrement de créances, de gestion et de destruction des documents et archives, ...

Les données vous concernant seront conservées pendant 5 ans à compter du départ de votre enfant, puis supprimées.

Le responsable de traitement est la Présidente de la Croix-Rouge française et, par délégation, son Directeur général. Le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de la Croix-Rouge française au 98, rue Didot – 75014 Paris ou à l'adresse suivante : DPO@croix-rouge.fr.

Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : [adresse mail générique de l'établissement à indiquer]

En cas de difficulté, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données personnelles ; vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

CROIX-ROUGE FRANÇAISE

[Identification de l'établissement
Adresse
Tél
Mail]

Fiche Santé ENFANT

NOM de l'enfant : ..... **Prénom de l'enfant :** .....

Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Tél : .....

Allergie(s)

.....
.....
.....

Régime alimentaire particulier ?

.....
.....
.....

Projet d'Accueil Individualisé (PAI)?

.....
.....
.....

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou suivi particulier ?

.....
.....
.....

Les données vous concernant sont à usage et à destination de la Croix-Rouge française et des personnels habilités de notre établissement. Vos données sont également transmises, dans la limite des informations strictement nécessaires à la finalité poursuivie, aux organismes publics et privés dans le cadre de nos obligations légales (PMI, CAF...), aux établissements hospitaliers, services d'urgence, à nos sous-traitants informatiques et techniques de traitement des données, de gestion et de destruction des documents et archives.

Les données vous concernant seront conservées pendant 28 ans après le départ de votre enfant, puis supprimées. Le responsable de traitement est la Présidente de la Croix-Rouge française et, par délégation, son Directeur général. Le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de la Croix-Rouge française au 98, rue Didot – 75014 Paris ou à l'adresse suivante : DPO@croix-rouge.fr.
Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : [adresse mail générique de l'établissement à indiquer]
En cas de difficulté, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données personnelles ; vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

PROTOCOLE ANTIPYRETIQUE

Nom de l'enfant :

Né(e) le :

Poids :

En cas de fièvre supérieure ou égale à : .....

Donner :
(spécialité pharmaceutique)

Posologie :

A renouveler toutes les ..... heures en cas de persistance de la fièvre.

Fait à .....

le .....

Nom du Médecin et cachet.

Fiche d'adaptation

Adaptation faite par :

Date :

Nom/prénom :
.....

Né(e) le/ âge : .....

Frères et sœurs, âges : .....

Téléphone famille : .....

Histoire de l'enfant :

Grossesse, naissance, sa venue à l'Arc en Ciel ? A-t-il déjà été gardé ?
.....
.....
.....

Santé :

A-t-il des problèmes particuliers ? Hospitalisation ? Reflux ? etc
.....
.....
.....

Connaissance de l'enfant :

Quels sont les jeux préférés de votre enfant? Aime-t-il les livres ? La musique ?... Regarde-t-il la télé ? la télévision est-elle souvent allumée dans la pièce où se trouve l'enfant ? ()
.....
.....
... .
.....

Que dit votre enfant ? Langue parlée à la maison ? Babillage ? Mots ?...
.....
.....
....

Développement psychomoteur Motricité générale : se tourne, rampe, fait du quatre pattes, se met debout avec appui ? Âge de la marche ?

.....

.....

.....

Motricité fine (habileté des mains, tient sa cuillère...) ?

.....

.....

L'enfant et le sommeil :

Rituel d'endormissement ? Lieu d'endormissement ? Biberon de lait pour s'endormir ?

.....

.....

.....

Nombre de siestes :

Doudou Sucette

L'enfant et l'alimentation :

Lait maternel Lait artificiel Nombre de repas :

Diversification midi :

Lait (type/quantité) :.....

Laitage :.....

Protéines (type/quantité):..... .....

Légumes (type/quantité).....

Diversification au goûter :

Lait (quantité) :.....

Laitage :.....

Compote (fruits ?) : .....

L'enfant mange-t-il seul ?

Restrictions alimentaires : allergies, régimes :

.....

Pain: Biscuit:

Hallal (pas de viande): Sans Porc:

• Autres

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....