



DOSSIER D'INSCRIPTION CRECHE I PRINCIPEDDI

Date de réception du dossier :

Ce dossier est soumis à une commission d'attribution pour validation de la place d'accueil.

Représentant légal 1

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Mail :

Profession :

Employeur :

Représentant légal 2

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Mail :

Profession :

Employeur :

Enfant 1 A INSCRIRE

NOM : PRENOM :

Date de naissance (ou prévision date de naissance) :

Autorité parentale : conjointe mère père alternée autre (précisez) :

Justificatif du jugement à fournir, si séparation

Date d'entrée souhaitée :

Enfant 2 A INSCRIRE

NOM : PRENOM :

Date de naissance (ou prévision date de naissance) :

Autorité parentale : conjointe mère père alternée autre (précisez) :

Justificatif du jugement à fournir, si séparation

Date d'entrée souhaitée :

Si votre dossier n'est pas retenu, est-ce que vous souhaitez recevoir la liste des assistantes maternelles indépendantes ?

Oui

Non

SECTEUR D'HABITATION

LECCI SAN GAVINO PORTO VECCHIO SAINTE LUCIE CONCA

AUTRE (à préciser) :

SECTEUR GEOGRAPHIQUE PROFESSIONNEL

LECCI SAN GAVINO PORTO VECCHIO SAINTE LUCIE CONCA

AUTRE (à préciser) :

HORAIRES ET JOURS DE GARDE SOUHAITÉS (Préciser les horaires)

Jours	Matin	Après-midi
Lundi	De :	Á :
Mardi	De :	Á :
Mercredi	De :	Á :
Jeudi	De :	Á :
Vendredi	De :	Á :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

Présence des enfants pendant les vacances scolaires : oui

non

Si non, par défaut la place sera attribuée à une autre famille. En cas de changement, il sera nécessaire de prendre attache auprès de la direction de la structure. Un avis favorable sera donné en fonction des places disponibles restantes.

FACTURATION

Le représentant légal en charge du règlement des factures mensuelles dît « parent payeur » est :

NOM : PRENOM :

Adresse mail :

VIE DE LA FAMILLE

- Combinage Marié(e) Divorcé(e) Pacsé(e)
 Veuf(ve) Séparé(e) Monoparentale

Est-ce que la famille aura encore un enfant présent à la crèche à la rentrée de septembre ?

- Oui Non

Si oui, dans quelle structure ?

Est-ce que la famille bénéficie d'un accompagnement particulier (santé/PMI...)?

- Oui Non

Si oui, lequel ?
.....

Est-ce que votre enfant présente une allergie alimentaire ?

- Enfant 1 : Oui Non

Si oui, quelle allergie ? :

- Enfant 2 : Oui Non

Si oui, quelle allergie ? :

Est-ce que la famille rencontre une situation de handicap ?

- Oui Non

Si oui : Enfant (préciser le prénom) : Parents Frère/ Sœur

Est-ce que la situation est reconnue ?

- Oui Non

Si oui, par quel dispositif :

- MDPH AHH Autre (préciser) :

Est-ce que vous bénéficiez d'un congé parental ?

- Oui Non

Si oui, date de fin du congé parental :

Est-ce que vous avez comme projet un retour à l'emploi ?

- Oui Non

Si oui, à partir de quand ? :

AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRISE ET/OU LA DIFFUSION D'IMAGES / VIDEOS

Dans le cadre des activités organisées au sein de la structure d'accueil, la famille autorise :

- La prise de photographies et la réalisation de vidéos dans la structure d'accueil (à des fins pédagogiques) ?

Oui Non

- L'affichage de photographies et de présentation de vidéos dans la structure d'accueil ?

Oui Non

- La diffusion de la photographie et/ou de vidéo sur le site de la commune ?

Oui Non

- La diffusion de la photographie et/ou de vidéo sur les réseaux sociaux (facebook, ...) ?

Oui Non

- La diffusion de la photographie et/ou de vidéo dans les médias (presse, etc...) ?

Oui Non

La structure d'accueil garantit que l'ensemble des règles existantes visant à assurer la protection de la vie privée de chacun, telle qu'énoncée à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, sera respectée.

AUTORISATION SANTE

Dans le cadre d'urgence en matière de santé pour l'enfant, la famille autorise :

- Le personnel à administrer un traitement sur ordonnance, un traitement antalgique ou antipyrétique en cas de fièvre supérieure à 38.5°, de crème de change et de crème solaire conformément aux protocoles de soin établis par le médecin de la crèche

Oui Non

En cas de refus, les représentants légaux s'engagent donc à venir récupérer l'enfant

- La Référente Santé, la directrice ou les personnes assurant la continuité de direction à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident ou d'urgence

Oui Non

AUTORISATION DE SORTIE

La famille autorise le(s) enfant(s) à participer aux sorties proposées par la structure

Oui

Non

AUTORISATION DES PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS

Seules les personnes autorisées ci-dessous (**impérativement majeures**) peuvent récupérer l'enfant, en cas de besoin :

NOM et prénom

Lien avec l'enfant

Téléphone

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

Il convient qu'elles soient en **possession d'une pièce d'identité**. Si des personnes autres sont exceptionnellement susceptibles de reprendre l'enfant, celles-ci devront être munies **d'une autorisation manuscrite des parents ou du représentant légal de l'enfant, ainsi que d'une pièce d'identité**. **A défaut, l'enfant ne pourra leur être confié.**

CONSULTATION DU DOSSIER ALLOCATAIRE

N° CAF :

Nombre d'enfant total au foyer :

Revenu fiscal :

Quotient familial :

Régime : Général MSA Autre :

Par convention prise avec la Caisse d'Allocations Familiales de l'Ain, et afin de simplifier vos démarches, le service Petite Enfance à la possibilité de consulter votre quotient familial à l'aide de l'outil CDAP. Cette consultation sera effectuée que par les agents habilités par la CAF et tenus au secret professionnel.



Je soussigné(e) :

.....,
autorise le Service Enfance Jeunesse à consulter le fichier CDAP afin de connaître mon quotient familial.

Observations familles :

DOCUMENTS A FOURNIR

- Justificatif de domicile
- Justificatif de travail ou promesse d'embauche
- Livret de Famille
- Acte de Naissance
- Attestation d'assurance responsabilité civile de l'année en cours
- Acceptation du règlement de fonctionnement
- Quotient Familial (Document CAF mentionnant le numéro allocataire)
- Dernier avis d'imposition sur le revenu N-2 des 2 parents
- Attestation de droits à l'assurance maladie REGIME GENERAL ou MSA
- Photocopie du jugement (en cas de nécessité)
- Pour les situations particulières rencontrées (justificatif MDPH/AAH...)

**RÈGLEMENTATION GÉNÉRALE SUR LA
PROTECTION DES DONNÉES DE LA VILLE**

La commune de Lecci est responsable du traitement des données personnelles recueillies dans ce formulaire pour le suivi et la gestion de la demande d'inscription dans la structure petite enfance de la mairie de LECCI de votre enfant. Le traitement de ces données a pour base légale la mission d'intérêt public. Vos données seront traitées puis conservées par le service habilité pendant la durée nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi. Elles ne seront pas utilisées pour d'autres finalités, ni transmises à des tiers. Conformément à la réglementation en vigueur vous disposez de droits concernant ces données. Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'Autorité de protection des données (CNIL), en ligne sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par courrier : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07

CRECHE I PRINCIPEDDI

175 Stritta Muridiccia

20137 LECCI

04.95 10 25 89

crechedirection.lecci@orange.fr

creche.lecci@orange.fr



Dossier dument rempli, a retourné par voie numérique, postale ou directement dans la boîte aux lettres de la crèche

Déclare sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce formulaire, sachant que toute erreur ou omission des informations peut entraîner le rejet de ma demande.

Fait à

Le/...../.....

Signature représentant légal 1

Signature représentant légal 2