



FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE



PRE-INSCRIPTION PÔLE PETITE ENFANCE

Vous trouverez sur le site internet de la commune (mairie-saintcyrenval.fr) dans les onglets « vie locale » puis « Pôle Petite Enfance » une présentation des deux structures du Pôle Petite Enfance : La crèche familiale et le multi-accueil.

Dossier reçu le :

Saisi sur le logiciel le :

En cas d'admission dans l'une des structures du pôle, ce document est à compléter par la rédaction d'un contrat d'accueil spécifique.

Premier responsable légal

Se désigne comme payeur et destinataire des factures

N° allocation CAF :

N° MSA :

Autres :

Rôle et civilité : M Mme Père Mère Tuteur
 Autres

Nom :

Prénom :

Né le :

A :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Téléphone du domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

En activité :

Profession :

Employeur :

Téléphone professionnel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

En formation/ étudiant :

En recherche d'emploi

Au foyer

E-mail :

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e)
 Séparé(e) Vie maritale
 Remarié(e) Veuf (ve)
 Célibataire Pacsé(e)

Autorité parentale : oui non

Prévenir en cas d'urgence : oui non

Deuxième responsable légal

Se désigne comme payeur et destinataire des factures

N° allocation CAF :

N° MSA :

Autres :

Rôle et civilité : M Mme Père Mère Tuteur
 Autres

Nom :

Prénom :

Né le :

A :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Téléphone du domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

En activité :

Profession :

Employeur :

Téléphone professionnel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

En formation/ étudiant :

En recherche d'emploi

Au foyer

E-mail :

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e)
 Séparé(e) Vie maritale
 Remarié(e) Veuf (ve)
 Célibataire Pacsé(e)

Autorité parentale : oui non

Prévenir en cas d'urgence : oui non

ETAT CIVIL DE(S) ENFANTS

SEXE	NOM PRENOM	DATE DE NAISSANCE OU NAISSANCE PREVUE POUR	Régime alimentaire (PAI) ou repas sans viande porcine

Pôle Petite Enfance

388 Rue de Marcilly 45590 SAINT-CYR-EN-VAL
Tél. : 02 38 76 02 89 Email : mpe@mairie-saintcyrenval.fr

QUELLES STRUCTURES SOUHAITEZ-VOUS UTILISER ?

Cochez la ou les case(s) correspondantes à vos choix.

PÔLE PETITE ENFANCE	Nom et prénom du 1 ^{er} enfant :	Nom et prénom du 2 ^{ème} enfant :	Nom et prénom du 3 ^{ème} enfant :
CHOIX N°1	Crèche familiale <input type="checkbox"/> Multi-Accueil <input type="checkbox"/>	Crèche familiale <input type="checkbox"/> Multi-Accueil <input type="checkbox"/>	Crèche familiale <input type="checkbox"/> Multi-Accueil <input type="checkbox"/>
CHOIX N°2 (facultatif)	Crèche familiale <input type="checkbox"/> Multi-Accueil <input type="checkbox"/>	Crèche familiale <input type="checkbox"/> Multi-Accueil <input type="checkbox"/>	Crèche familiale <input type="checkbox"/> Multi-Accueil <input type="checkbox"/>
DATE D'ENTREE SOUHAITEE			
HORAIRES D'ACCUEIL SOUHAITES	Lundi :..... Mardi :..... Mercredi :..... Jeudi :..... Vendredi :.....	Lundi :..... Mardi :..... Mercredi :..... Jeudi :..... Vendredi :.....	Lundi :..... Mardi :..... Mercredi :..... Jeudi :..... Vendredi :.....

INFORMATIONS MEDICALES

Nom du médecin traitant ou du pédiatre
Adresse du médecin
Téléphone du médecin	___/___/___/___/___	___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergies alimentaires si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergies médicamenteuses Si oui précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant suit-il un traitement médical journalier Si oui précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Difficultés de santé et / ou précautions à prendre Si oui précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
PAI :	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lunettes prothèses auditives prothèses dentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

AUTORISATION ET DECHARGE

La personne devra être âgée de plus de 18 ans et devra se munir d'une pièce d'identité.

Nom Prénom Adresse	Téléphone	Lien de parenté	Prévenir en cas d'urgence	Autorisé(e) à venir chercher le ou les enfant(s)
	__ / __ / __ / __ / __ __ / __ / __ / __ / __		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	__ / __ / __ / __ / __ __ / __ / __ / __ / __		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	__ / __ / __ / __ / __ __ / __ / __ / __ / __		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie, 140 Rue du 11 Novembre, 45590 SAINT CYR EN VAL.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et j'informerai la responsable du pôle Petite Enfance pour tout changement de situation (adresse, situation familiale et/ou professionnelle, mail, téléphone...).

Je m'engage à prendre connaissance des règlements qui régissent les structures et d'en respecter les règles.

Date	Premier responsable légal, Mention « lu et approuvé » et signature	Deuxième responsable légal, Mention « lu et approuvé » et signature

Documents à joindre à la fiche de renseignements famille :

- Copie du livret de famille ou des cartes d'identité (à la naissance de l'enfant, fournir un extrait d'acte de naissance).
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois.
- Justificatif(s) d'activité de(s) employeur(s), de formation ou de recherche d'emploi.
- Si l'enfant est né, copie des pages de vaccinations du carnet de santé.
- En cas de séparation, de divorce ou toute autre procédure qui entraîne un changement de garde d'enfant, fournir le jugement du tribunal ou tout document officiel qui précise le nom et prénom de la personne responsable légalement de l'enfant et l'organisation de la garde.

Vous pouvez retourner cette fiche complétée avec les documents à fournir :

- par courriel à l'adresse suivante : mpe@mairie-saintcyrenval.fr
- par voie postale ou en les déposant dans la boîte aux lettres : Maison de la Petite Enfance, 388 Rue de Marcilly, 45590 Saint-Cyr-en-Val.
- En prenant rendez-vous auprès de la Maison de la Petite Enfance au 02/38/76/02/89.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES / ECHANGES AVEC LES FAMILLES

A series of horizontal dotted lines for writing.