



FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE



PRE-INSCRIPTION PÔLE PETITE ENFANCE

Vous trouverez sur le site internet de la commune (www.mairie-saintcyrenval.fr) dans les onglets « Vivre à Saint-Cyr » « Enfance et Jeunesse » 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 :

Ville :

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

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 :

Ville :

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

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 |

Pôle Petite Enfance

388 Rue de Marcilly 45590 SAINT-CYR-EN-VAL

Tél. : 02 38 76 02 89 Email : mpe@mairie-saintcyrenval.fr

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.

Pôle Petite Enfance

388 Rue de Marcilly 45590 SAINT-CYR-EN-VAL

Tél. : 02 38 76 02 89 Email : mpe@mairie-saintcyrenval.fr

