

3 Vos besoins :

- Accueil occasionnel Accueil régulier

Date souhaitée pour l'entrée en crèche / /

Période d'accueil souhaitée sur une semaine (cochez les cases) :

Horaires	7h30-8h	8h-8h30	8h30-9h	9h-9h30*	9h30-10h	10h-10h30	10h30-11h	11h-11h30*	11h30-12h	12h-12h30	12h30-13h*	13h-13h30	13h30-14h	14h-14h30	14h30-15h	15h-15h30*	15h30-16h	16h-16h30	16h30-17h	17h-17h30	17h30-18h	18h-18h30	Total heures/ jour
Lundi																							
Mardi																							
Mercredi																							
Jeudi																							
Vendredi																							

aucune possibilité d'arrivée, ni de départ.

* Pour Vernet-les-Bains : - de 8h00 à 9h30,
- de 11h15 à 11h30 (pour l'enfant présent juste le matin sans repas),
- de 12h30 à 13h,
- à partir de 15h.

Votre enfant bénéficie de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) : Oui Non

Renseignements complémentaires :
.....
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur ce document et m'engage à signaler tout changement de situation (personnelle ou professionnelle) entraînant une modification du planning d'accueil de mon enfant.

A le / /

Signature :

Cadre réservé à nos services

Pièces manquantes :

..... fiche de pré-inscription.

..... photocopie du livret de famille complet : parents + enfants.

..... la dernière feuille du Règlement de Fonctionnement des Crèches.

..... planning prévisionnel pour l'accueil de votre enfant daté et signé.

..... photocopie CAF ou MSA.

..... justificatif de domicile.

..... justificatif de situation d'activité de chaque parent.

..... la photocopie du carnet de santé (vaccins).

Cadre réservé à nos services

Date d'inscription.....

Fiche de pré-inscription

Le bénéficiaire de la prestation (enfant) :

Nom..... Prénom.....
 Date de naissance..... / / Sexe : Filles Garçon
 Commune de naissance..... Département (99 pour l'étranger).....
 A naître : Nom..... Date présumée de la naissance.....
 Commune présumée de la naissance.....
 N° de sécurité sociale.....

* Le responsable légal 1 :

Père Mère Tuteur
 Nom..... Prénom.....
 Date de naissance..... / /
 Adresse.....
 Téléphone fixe..... Téléphone portable.....
 Téléphone professionnel.....
 Courriel.....@.....

* Le responsable légal 2 :

Père Mère Tuteur
 Nom..... Prénom.....
 Date de naissance..... / /
 Adresse.....
 Téléphone fixe..... Téléphone portable.....
 Téléphone professionnel.....
 Courriel.....@.....

Si l'adresse des représentants légaux est différente, l'enfant est domicilié :

Responsable légal 1 Responsable légal 2 Garde alternée

Si vous souhaitez faire valoir un jugement dans le cas d'une séparation, veuillez en remettre un exemplaire lors de votre admission.

N° CAF / MSA.....

Choix, par ordre de préférence, de l'établissement souhaité (Prades ou Vernet-les-Bains) : Accueil chez une assistante maternelle
 Oui Non

1 >
 2 >

* à renseigner aussi pour un enfant à naître

1 Votre situation:

Responsable légal 1 avec activité professionnelle

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre
- Profession libérale
- Employé/Ouvrier
- Intérimaire
- Retraité
- Sans activité professionnelle
- Autre

Profession exercée

Employeur

Commune du lieu de travail

Téléphone

Horaires de travail

CDI CDD

Temps partiel jusqu'au.....

Date (si reprise de travail).....

sans activité professionnelle

- Congé parental : durée
date de reprise
- En recherche d'emploi*
- En formation* lieu
horaires
jours
- En insertion* date..... durée
- En stage* date..... durée

Mode de déplacement : transports en commun véhicule personnel

Situation maritale : marié(e) divorcé(e) séparé(e) pacsé(e) veuf(ve)
 famille recomposée autre

Mode de garde actuel : assistant(e) maternel(le) libéral(e)** Nom.....
 accueil collectif non municipal famille
 autre Précisez :

* Justificatif indispensable

** Est-elle au courant de votre demande en Equipement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) ? Oui Non
Pourquoi faire une demande en EAJE ?
Quel type de contrat avez-vous ?

Responsable légal 2 avec activité professionnelle

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre
- Profession libérale
- Employé/Ouvrier
- Intérimaire
- Retraité
- Sans activité professionnelle
- Autre

Profession exercée

Employeur

Commune du lieu de travail

Téléphone

Horaires de travail

CDI CDD

Temps partiel jusqu'au.....

Date (si reprise de travail).....

sans activité professionnelle

- Congé parental : durée
date de reprise
- En recherche d'emploi
- En formation* lieu
horaires
jours
- En insertion* date..... durée
- En stage* date..... durée

2 Autres renseignements :

Bénéficiez-vous d'un accompagnement social (service social, PMI,...) ? : Oui Non

Bénéficiez-vous du Revenu de Solidarité Active ? Oui* Non

L'enfant présente-t-il une maladie chronique, une intolérance alimentaire, une allergie ?
 Oui** Non

Précisez :

L'enfant présente-t-il un handicap ? Oui Non

Précisez :

Y a-t-il une prescription médicale particulière ? : Oui Non

Autres enfants à charge :

Enfant 1

Nom..... Prénom..... Enfant porteur de handicap : Oui Non

Date de naissance...../...../.....

Enfant 2

Nom..... Prénom..... Enfant porteur de handicap : Oui Non

Date de naissance...../...../.....

Enfant 3

Nom..... Prénom..... Enfant porteur de handicap : Oui Non

Date de naissance...../...../.....

Observations

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

* Justificatif indispensable

*Joindre un certificat médical