



Dossier demande d'inscription

Date de début d'accueil souhaité :

Jours et horaires de présence en structure :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Flexible sur les jours de présence (souhaite un nombre de jours/semaines)

Note importante : Toute demande de modification ultérieure entraîne un nouveau passage en commission et reporte une éventuelle attribution de place.

Renseignements enfants :

Nom :	Prénom :
Date de naissance (prévue si enfant à naître) :	

Domicile de l'enfant :

Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	

Renseignements sur les parents :

Nom :	Prénom :
Profession :	Employeur :
Adresse employeur :	
Code postal :	Ville :
Email :	
Portable :	Professionnel :

Nom :	Prénom :
Profession :	Employeur :
Adresse employeur :	
Code postal :	Ville :
Email :	
Portable :	Professionnel :

Situation familiale :

<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Pacsés	<input type="checkbox"/> Concubins	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Célibataires	<input type="checkbox"/> Divorcés
---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

Fratricie :

Nom frère/sœur :
Prénom frère/sœur :
Date de naissance :

Nom frère/sœur :
Prénom frère/sœur :
Date de naissance :

Nom frère/sœur :
Prénom frère/sœur :
Date de naissance :

Fiche médicale à la date du dépôt

Enfant :

Poids :

Taille :

Numéro de sécurité sociale de l'enfant (joindre l'attestation) :

Médecin suivant l'enfant :

Adresse :

Téléphone :

Allergies :

Asthme :

Eczéma :

Antécédents médicaux :

Autres :

Vaccinations (joindre la photocopie du carnet de santé)

Autorisations diverses

Soins d'urgence

Je soussigné(e) :

Responsable(s) de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence (traitement médical prescrit par un médecin référent, transport aux urgences, hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Tout traitement médical est administré à l'enfant par ses parents ou ses représentants légaux. Aucun traitement ne pourra être délivré par la crèche, sans une demande ou autorisation expresse du médecin référent.

Date et signature du(des) représentant(s) légal(aux) :

Droit à l'image (Photos, vidéos)

Je soussigné(e) :

Responsable de l'enfant :

Autorise l'équipe de la crèche à photographier / filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles.

Date et signature du(des) représentant(s) légal(aux) :

Sorties

Je soussigné(e) :

Responsable de l'enfant :

Autorise ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe hors de l'enceinte de la crèche.

Date et signature du(des) représentant(s) légal(aux) :

Tierce personne (personnes majeures)

Je soussigné(e) :

Responsable de l'enfant

Autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir préalablement prévenu le personnel de la crèche :

Nom, prénom :

téléphone :

Nom, prénom :

téléphone :

Nom, prénom :

téléphone :

Date et signature du(des) représentant(s) légal(aux) :

Règlement de fonctionnement

Je soussigné(e) :

Responsable de l'enfant :

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la crèche et de l'accepter dans son intégralité.

Date et signature du(des) représentant(s) légal(aux) :

Documents à fournir pour compléter le dossier

- Dossier de demande d'inscription complété
- Copie du livret de famille
- En cas de séparation des parents, document officiel confirmant l'autorité parentale, le droit de garde et la justification du domicile de l'enfant
- Attestation de travail pour chacun des parents (ou K-bis ou attestation pôle emploi selon le cas)
- Dernier avis d'imposition des parents
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Certificat médical de non-contre-indication à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant
- Le cas échéant, un protocole médical individualisé
- Copie du carnet de vaccination de l'enfant
- Demande de complément mode de garde (CMG) de la CAF
- Attestation CAF faisant apparaître le numéro Allocataire
- Attestation de droit assurance maladie de l'enfant
- Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité de l'enfant
- Un relevé d'identité bancaire

Merci d'envoyer le dossier complet à l'adresse email suivante :

micro-creche123soleil@hotmail.com

La gérante prendra contact avec vous afin de vous informer si une place peut vous être attribuée ou si votre dossier est placé en liste d'attente.

Cette demande d'attribution de place au sein de la micro-crèche 1,2,3 soleil située 1 rue Georgette Aucher à Bréval est faite à, le

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) précédée de la mention « lu et approuvé » :