

NOM et PRÉNOM de l'ENFANT :

Date de naissance : ___/___/___ (ou date prévue de l'accouchement : ___/___/___) sexe : Fille Garçon

PRÉINSCRIPTION CRÈCHES COLLECTIVES ACCUEIL OCCASIONNEL

Pour déposer votre demande, nous vous conseillons de
prendre **RENDEZ-VOUS** au **GUICHET UNIQUE DE LA PETITE ENFANCE**
Tél. : 02 51 47 48 66 - E-mail : petiteenfance@larochesuryon.fr
31bis rue Paul-Doumer - 85000 La Roche-sur-Yon
Ouvert du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h

► LA STRUCTURE

Indiquez votre choix (case à cocher)

Commune	Crèches collectives	Halte-garderie
La Roche-sur-Yon		
Quartier nord	<input type="checkbox"/> Ramon <input type="checkbox"/> Les Girafons	<input type="checkbox"/> Pyramides
Quartier sud	<input type="checkbox"/> Vallée-Verte	
Centre		<input type="checkbox"/> Maison de la petite enfance
Mouilleron-le-Captif	<input type="checkbox"/> Les Oursons	
Venansault	<input type="checkbox"/> Le Val des p'tits loups	
La Ferrière	<input type="checkbox"/> Chapi-chapo	
Dompierre-sur-Yon	<input type="checkbox"/> La Farandole	
La Chaize-le-Vicomte	<input type="checkbox"/> Abricadabra	
Aubigny-Les Clouzeaux		
Les Clouzeaux	<input type="checkbox"/> Petipatapon	

Date d'entrée souhaitée : ___/___/_____

▶ ÉTAT CIVIL

● LES PARENTS

Situation familiale : Mariés Pacsés Vie maritale Parent isolé Séparés / divorcés

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

E-mail :

E-mail :

Tél. portable :

Tél. portable :

Emploi :

Emploi :

En activité : oui non

En activité : oui non

Tél. travail :

Tél. travail :

Commune employeur:

Commune employeur:

En insertion professionnelle : oui non

En insertion professionnelle : oui non

Si oui par quel organisme :

Si oui par quel organisme :

.....

.....

● LES FRÈRES ET SŒURS À CHARGE

Nom	Prénom	Date de naissance

● NUMÉRO ALLOCATAIRE AUQUEL EST RATTACHÉ L'ENFANT

CAF85 n° :

Si CAF hors Vendée, fournir une attestation CAF indiquant votre Quotient familial et vos revenus

J'autorise la direction Petite enfance de La Roche-sur-Yon Agglomération à consulter nos revenus déclarés N-2, le quotient familial N-2, le nombre d'enfants à charges, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiaire de l'AEEH sur CDAP (données CAF) afin de calculer le tarif qui sera facturé dans le cadre de l'accueil de mon ou mes enfants et à conserver les copies d'écran pour un délai minimum de 5 ans.

Dans le cadre de l'enquête « Filoué » de la CNAF, j'autorise la direction Petite enfance de La Roche-sur-Yon Agglomération à transmettre chaque année, un fichier d'information anonyme sur les enfants accueillis et les modalités d'accueil en EAJE.

Si MSA n°: QF :

▶ LA DEMANDE (stipulée par)

Parents Famille PMI Associations (précisez)

► **BESOIN D'ACCUEIL** (jours / horaires ...)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Roche-sur-Yon Agglomération pour l'inscription de votre enfant en crèche ou halte-garderie.

Elles sont conservées pendant une durée de 15 ans et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la direction Petite enfance. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de portabilité aux données vous concernant, les faire rectifier, les faire supprimer en nous contactant, de préférence, par voie électronique via le formulaire « nous contacter » présent sur le site www.larochesuryon.fr ou par voie postale en écrivant à La Roche-sur-Yon Agglomération :

Hôtel de Ville et d'Agglomération - Place du Théâtre - BP 829 - 85021 La Roche-sur-Yon Cedex.

J'accepte, en remplissant ce formulaire que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour inscrire mon enfant en multi accueil ou halte-garderie.

Je/nous, soussigné(s)

agissant en qualité de parents, reconnais/reconnaissons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et en accepte/acceptons les conditions.

Fait à **le**

Signature du ou des parents

► INFORMATIONS SANTÉ (à remplir si votre enfant est né)

● Enfants

Médecin traitant (nom, commune et téléphone) :

Allergies :

Traitements médicaux :

Pathologie spécifique nécessitant une attention particulière :

● Familles

Parents porteurs de handicap.

Fratries porteurs de handicap.

Situations particulières :

Si l'autorité parentale a fait l'objet d'une décision du juge, copie de cette décision.

Si les parents sont divorcés ou séparés, la décision de justice attestant de la résidence de l'enfant et des modalités d'exercice de l'autorité parentale, du droit de visite et d'hébergement de l'enfant.

Si CAF hors Vendée, attestation indiquant votre Quotient Familial et vos revenus.

Pour valider votre préinscription, merci de nous transmettre les documents suivants :

Un justificatif de domicile (facture de moins de 3 mois).

La copie intégrale de l'acte de naissance, datant de moins de 3 mois.

Une attestation d'assurance responsabilité civile.

Le carnet de vaccinations.

Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité par le médecin traitant, datant de moins de 2 mois.

Autorisations jointes remplies et signées.