



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### MULTI ACCUEIL

### LES P'TITS BOUTS DU MAINE

Rue du Tertre – 72380 MONTBIZOT

02 43 20 42 00 / petite-enfance@mainecoeurdesarthe.fr



#### L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : ..... fille  garçon   
Date de naissance : ..... Lieu : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Numéro d'allocataire CAF  MSA :  .....  
Autre régime : .....



#### SA FAMILLE :

**Situation familiale :**  mariés  pacsés  en union maritale  séparés  divorcés  célibataire  autre (préciser)

#### **Parent 1 :**

Nom Prénom : .....  
Adresse (si différente de l'enfant) : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Employeur : ..... Ville : .....  
Profession : .....



Domicile : ..... Portable : .....  
Travail : .....

#### **Parent 2 :**

Nom Prénom : .....  
Adresse (si différente de l'enfant) : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Employeur : ..... Ville : .....  
Profession : .....



Domicile : ..... Portable : .....  
Travail : .....

**Mail :** .....

J'autorise la structure à me faire parvenir par mail tout document administratif lié à l'accueil de mon enfant (facture, quittance, informations, etc.) Je m'engage à tenir informé la structure de tout changement dans l'adresse mail communiquée dans les meilleurs délais.

Fratrerie :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance .....

En cas de séparation ou de divorce, le jugement doit être obligatoirement fourni pour préciser les modalités de garde et d'autorité parentale.



## SA SANTE

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Joindre la photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé. Vaccin obligatoire selon calendrier en vigueur.

Précisez si votre enfant a des allergies (alimentaires, médicamenteuses ou autres), handicap, maladie particulière, traitement ou tout autre renseignement qui concerne sa santé :

.....

.....

.....



## MODE DE CALCUL DE L'HEURE D'ACCUEIL

« Total des salaires et assimilés » (avant déduction)  
ou ressources déclarées CAF

12

= Revenu mensuel X taux de participation = Tarif horaire  
des familles

### TAUX DE PARTICIPATION DES FAMILLES :

Nombre d'enfants	Jusqu'au 31 août 2019	Du 1 <sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2019	A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2020
1 enfant	0.06%	0.0605 %	0.0610 %
2 enfants	0.05 %	0.0504 %	0.0508 %
3 enfants	0.04 %	0.0403 %	0.0406 %
4-7 enfants	0.03 %	0.0302 %	0.0305 %
+ de 8 enfants	0.02 %	0.0202 %	0.0203 %

Années suivantes jusqu'en 2022 : augmentation du taux de 0.8 % par an. Montants plancher et plafond des ressources disponibles sur demande.

Nous vous informons que la CAF met à notre disposition un service internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier, nécessaires à l'exercice de notre mission. Conformément à la loi "informatique et libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.



# LES AUTORISATIONS



## A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Sont autorisés à venir chercher l'enfant :

Parent 1

Parent 2  (cochez la ou les case(s))

Autres (ces personnes devront présenter une pièce d'identité lorsqu'elles viennent chercher l'enfant) :

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

*Le personnel se réserve le droit de ne pas confier l'enfant à une personne susceptible de le mettre en danger.*



## EN CAS D'URGENCE et MALADIE

Personnes à contacter : Parent 1

Parent 2  (cochez la ou les case(s))

Autre(s) : .....

*Nom / prénom / téléphone / lien de parenté*

J'autorise :

oui  non  L'équipe du multi-accueil à prendre les dispositions nécessaires en cas d'urgence.

oui  non  Le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie.

oui  non  L'équipe du multi-accueil à administrer un antipyrétique en cas de fièvre supérieure à 38,5 °C en fonction du protocole établi.



## DROIT A L'IMAGE

J'autorise que mon enfant soit filmé ou photographié.

Ces prises de vues pourront être utilisées pour toutes communications **extérieures** : oui  non

Ces prises de vues pourront être utilisées pour toutes communications **internes** : oui  non



## SORTIES

J'autorise le personnel à faire des sorties :

A pied en dehors des locaux du multi-accueil : oui  non

En mini bus : oui  non

*Toute sortie fera l'objet d'une information préalable auprès des parents.*



## CUISINE ET ALIMENTS

J'autorise mon enfant à participer aux activités cuisine et à consommer les plats préparés dans ce cadre ou par des parents lors d'évènements festifs à l'exclusion des aliments précités en rubrique « SA SANTE » en cas d'allergie.

oui

non



## REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement en vigueur à compter du 2 janvier 2018 et validé par le conseil communautaire le 11 décembre 2017 et m'engage à en respecter les termes.

Un exemplaire m'a été remis.

oui

non

Fait à : ..... Le : .....

Parent 1

Parent 2

*Les documents à présenter ou à fournir :*

- le livret de famille,
  - le numéro d'allocataire CAF ou MSA ou autres régimes
  - les pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant
  - un certificat d'aptitude à fréquenter la collectivité pour les enfants de moins de 4 mois, rédigé par le médecin référent de l'enfant,
  - une ordonnance datée, au nom de l'enfant, indiquant son poids et l'autorisation du médecin de lui administrer une dose poids de doliprane en cas de température supérieure à 38.5°C. Elle devra être renouvelée tous les 6 mois, faute de quoi l'enfant ne pourra pas être accueilli.
  - un justificatif de domicile (facture d'eau, d'EDF, taxe d'habitation...)
  - Au cas où l'autorité parentale ou la garde a fait l'objet d'une décision d'un juge, copie de cette décision.
- Les photocopies seront effectuées à la structure.

### **Données personnelles - Avertissement**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la **Communauté de Communes Maine Cœur de Sarthe** pour la **gestion des inscriptions au Multi Accueil et au Relais Assistantes Maternelles Parents Enfants**.

Elles sont conservées pendant **10 ans** et sont destinées **au service administratif**. Conformément à la [loi « informatique et libertés »](#), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **CDC MAINE COEUR DE SARTHE - Service Petite Enfance - Rue du Tertre - 72380**

### **MONTBIZOT**

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>