

NOM : **PRÉNOM :** **SEXE :** M F
NÉ(E) LE / / **A**
 ➔ **Activité 1** **Horaire**
 ➔ **Activité 2** **Horaire**

1 - FILIATION DE L'ENFANT

(Les cadres 1, 2, 3, 4 sont à remplir qu'une fois si plusieurs enfants issus de la même filiation)

PÈRE NOM d'usage Prénom
 Né le / / à
 Adresse CP Ville
 Tél. domicile Tél. portable Mail
 Situation professionnelle En activité Sans activité Retraité Profession
 Employeur Localité Tél. professionnel

MÈRE NOM d'usage Prénom
 NOM de jeune fille
 Née le / / à
 Adresse (si différente du père) CP Ville
 Tél. domicile Tél. portable Mail
 Situation professionnelle En activité Sans activité Retraité Profession
 Employeur Localité Tél. professionnel

2 - SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Célibataire Marié(e) Vie maritale Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)* Séparé(e)*

*Merci de communiquer le jugement de séparation. Si pas de jugement, chaque parent doit fournir une attestation sur l'honneur manuscrite datée et signée précisant les modalités de garde et financière.

NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE
RÉGIME ALLOCATAIRE CAF MSA N° Nom et prénom allocataire :

3 - EN CAS DE SÉPARATION DES PARENTS DE L'ENFANT

➔ **Autorité parentale** conjointe au père à la mère autre
 ➔ **Résidence de l'enfant** chez le père chez la mère garde alternée autre

A la charge de la mère tous les frais frais des semaines paires frais des semaines impaires
A la charge du père tous les frais frais des semaines paires frais des semaines impaires

VOTRE CONJOINT ACTUEL : NOM d'usage Prénom
 NOM de jeune fille
 Né(e) le / / à
 Adresse CP Ville
 Tél. domicile Tél. portable Mail
 Situation professionnelle En activité Sans activité Retraité Profession
 Employeur Localité Tél. professionnel

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Asthme Oui Non Allergie alimentaire Oui Non Allergie médicamenteuse Oui Non

Votre enfant est-il

- en situation de handicap ? Oui Non
- suivi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui Non
- suivi par un établissement spécialisé ? (si oui, lequel) Oui Non

PROBLÈME DE SANTÉ À SIGNALER

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I)

Un projet doit être établi en lien avec le directeur(trice) de l'établissement accueillant l'enfant

- présentant une maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme) ou une allergie (alimentaire, médicamenteuse...),
- devant prendre régulièrement des médicaments ou recevoir des gestes à faire en urgence,
- devant avoir un accompagnement particulier.

Un P.A.I est-il déjà mis en place pour votre enfant Oui Non

Si oui, pour quel motif allergie alimentaire asthme autre (précisez)

TYPE DE REPAS CONSOMMÉ

Sans régime alimentaire Sans porc P.A.I (repas fourni par la famille)

4 - EN DEHORS DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX, contacts de la famille

Nom Prénom Lien avec l'enfant

Téléphone fixe Téléphone portable

Autorisé à récupérer l'enfant A contacter en cas d'urgence

Nom Prénom Lien avec l'enfant

Téléphone fixe Téléphone portable

Autorisé à récupérer l'enfant A contacter en cas d'urgence

Nom Prénom Lien avec l'enfant

Téléphone fixe Téléphone portable

Autorisé à récupérer l'enfant A contacter en cas d'urgence

AUTORISATIONS

Mesures d'urgence : J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Transport : J'autorise le personnel à effectuer un déplacement avec mon enfant en transport en commun ou dans un véhicule de service (véhicule personnel des Assistantes Maternelles pour la Crèche Familiale)

Droit à l'image : J'autorise la Commune et l'établissement à utiliser l'image de mon enfant (photographie, vidéo) pour la présentation de ses activités (documentation, presse municipale, site internet et réseaux sociaux de la Ville, travaux, expositions, panneaux d'affichage) : Oui Non

Je soussigné(e), (nom et prénom), certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portant sur ces 2 pages et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale ou professionnelle).

Fait à le

Signature du père

Signature de la mère

Signature du représentant légal

Le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 06 janvier 1978 (revue en 2004) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes concernées par les informations nominatives portées sur le formulaire peuvent en demander la communication ainsi que la rectification le cas échéant.