



DOSSIER D'INSCRIPTION

ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

CHÂTEAUBRIANT-DERVAL

La Chapelle Glain – Châteaubriant – Derval - Erbray – Le Grand Auverné – Fercé – Issé – Jans - Juigné les Moutiers
– La Meilleraye de Bretagne – Louisfert – Lusanger – Marsac sur Don - Moisdon la Rivière – Mouais - Noyal sur
Brutz – Le Petit Auverné – Rougé – Ruffigné – Soudan – Soulvache – Saint Aubin des Châteaux – Saint Julien de
Vouvantes – Saint Vincent des Landes – Sion les Mines – Villepôt

L'ENFANT

NOM et Prénom :

Date de naissance : Date limite d'accueil : Sexe :

Date d'inscription : Date de sortie :

Adresse :

Accueil : occasionnel

permanent

LES RESPONSABLES LÉGAUX

PARENT 1

NOM et Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone fixe : Portable :

Profession : Employeur :

Numéro de téléphone professionnel :

PARENT 2

NOM et Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone fixe : Portable :

Profession : Employeur :

Numéro de téléphone professionnel :

Numéro d'allocataire CAF :

Numéro d'allocataire MSA :

e-mail :@.....

L'ACCUEIL PERMANENT

JOURS	HORAIRES
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Qui accompagnera votre enfant ? le matin : le soir :

SITUATION FAMILIALE

Mariés célibataire pacsés vie maritale divorcés séparés veuf(ve)

L'enfant est-il reconnu par parent 1 parent 2

L'enfant est-il adopté parent 1 parent 2

Droit de visite accordé parent 1 parent 2

Autorité parentale parent 1 parent 2

FRATRIE

NOM et Prénom	Date de naissance	Problèmes de santé éventuels

SUIVI MÉDICAL

Médecin traitant : N° de tél.

Pédiatre : N° de tél.

Autres :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX :

Parent 1 :

Parent 2 :

PÉRIODE NÉONATALE :

Grossesse :

Accouchement : Lieu :

Terme :

Allaitement :

PETITE ENFANCE :

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

Allergies alimentaires/médicamenteuses :

AUTORISATIONS

AUTORISATION DE SOINS ET D'HOSPITALISATION

Personne à avertir en cas d'urgence :

A quelle adresse :

Numéro de téléphone fixe :Portable :

Numéro de poste si besoin :

Nous soussignons, Madame /Mesdames et/ou Monsieur/Messieurs autorisons la responsable de la crèche à faire transporter et hospitaliser notre enfant (Nom et Prénom) pour tous soins médicaux et interventions chirurgicales jugés nécessaires par le médecin. Nous devons être prévenus dans les plus brefs délais.

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

PERSONNE AUTORISÉE A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nous soussignons, Madame/Mesdames et/ou Monsieur /Messieurs autorisons les personnes (impérativement majeures) ci-dessous citées à prendre en charge notre enfant à la crèche :

Nom	Prénom	Numéro de tél.	Lien de parenté
M.
M.
M.

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION DE PHOTOS ET DE VIDÉOS

Nous soussignons, Madame /Mesdames et/ou Monsieur /Messieurs..... *autorisons*-n'autorisons pas** l'équipe à photographier et/ou à filmer notre enfant.

*Rayer la mention inutile

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignons, Madame/Mesdames et/ou Monsieur/Messieurs *autorisons*-n'autorisons pas** l'équipe de la crèche à sortir avec notre enfant à l'extérieur de la structure pour des sorties pédestres.

*Rayer la mention inutile

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION D'INFORMATION

Nous soussignons, Madame/Mesdames et/ou Monsieur/Messieurs
acceptons - n'acceptons pas**, de recevoir par courriel les informations concernant la Communauté de
Communes Châteaubriant-Derval.

*Rayer la mention inutile

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

CONSULTATION CAFPRO

Nous soussignons, Madame/Mesdames et/ou Monsieur/Messieurs*autorisons**
*- n'autorisons pas** la Communauté de Communes Châteaubriant-Derval à consulter les éléments
nécessaires, mise à disposition par la CAF, pour le calcul de notre tarif horaire. Ainsi que la transmission
de données à caractère personnel à la CNAF à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans
les EAJE.

Conformément à la loi « informatique et libertés », les familles peuvent s'opposer à la consultation de
ces informations. Dans ce cas, elles devront fournir les photocopies nécessaires au traitement de leur
dossier (avis d'imposition N-2 et livret de famille).

*Rayer la mention inutile

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

APPROBATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Nous soussignons, Madame/Mesdames et/ou Monsieur/Messieurs déclarons avoir pris
connaissance du règlement intérieur de fonctionnement des établissements d'accueil du jeune enfant
de la Communauté de Communes Châteaubriant-Derval et nous nous engageons à en respecter toutes
les clauses sans aucune réserve.

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »