



STRUCTURE MULTI-ACCUEIL
PREINSCRIPTION

C.C.A.S. de CUERS
Service Petite Enfance

☎ 04.94.33.11.00
📠 04.94.33.11.01

Date de dépôt du dossier :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ ou naissance prévue le : _____

Sexe : masculin féminin Date d'entrée souhaitée : _____

Structure multi-accueil souhaitée :

Les Petits Loups
Impasse Olive Heimburger
Lot la Graponnière
04.94.28.54.55
Directrice Mme DUVAL

Les Moussaillons
70, Rue des Technologies
Quartier Saint Lazare
04.94.65.31.07
Directrice Mme COLLARD

Indifférent

Calendrier prévisionnel d'accueil de l'enfant (indiquer les heures de présence de l'enfant)

Précision : les structures multi-accueil sont ouvertes du lundi au vendredi de 7h30 à 17h45

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

PERE	MERE	TOTAL	TOTAL MENSUEL	PSU Nbre enfant	TAUX HORAIRE	Nbre H /Semaine	Taux Mensuel

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom responsable 1 : _____	Nom responsable 2 : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____
Téléphone domicile : _____	Téléphone domicile : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____
Téléphone portable : _____	Téléphone portable : _____
Profession : _____	Profession : _____
Nom et adresse de l'employeur : _____ _____	Nom et adresse de l'employeur : _____ _____
Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>	Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>
Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/>	Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/>
Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/>	Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/>
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>

Numéro d'allocataire CAF ou MSA : _____

Nom et prénom des enfants vivant au foyer	Né (e) le	Observations

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Bénéficiez-vous d'un accompagnement social (service social, PMI, AEMO...) ? Oui Non

Bénéficiez-vous du Revenu Solidarité Active ? Oui Non

L'enfant présente-t-il une maladie chronique, une intolérance alimentaire, une allergie ? Oui Non

Précisez : _____

L'enfant présente-t-il un handicap ? Oui Non

Précisez : _____

Y a-t-il une prescription médicale particulière ? Oui Non

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur ce document et m'engage à signaler tout changement de situation au Service Petite Enfance.

A _____, le ___ / ___ / _____

Signature du (des) responsable (s) légal (aux)

PIECES A FOURNIR (photocopies) :

- Livret de famille
- CNI des 2 parents + carte vitale des 2 parents
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- 3 derniers bulletins de salaire des 2 parents + Attestations employeurs
- Dernier avis d'imposition pour les 2 parents
- Acte de naissance de l'enfant
- Certificat médical attestant d'une maladie chronique, d'une intolérance alimentaire, d'une allergie ou d'un handicap
- Pour les adultes porteurs de handicap : attestation de bénéficiaire de l'AAH

Les dossiers sont à retourner :

- Envoi postal : C.C.A.S. – Service Petite Enfance - Place Pasteur – 83 390 CUERS
- Dépôt : C.C.A.S. – Service Petite Enfance – 2^{ème} étage

Les informations recueillies sont nécessaires à la préinscription en Etablissement d'accueil du jeune enfant. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au Service Petite Enfance. Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.