



Maison de l'Enfance
1, cours Foch
60800 CREPY-EN-VALOIS
03 44 59 32 27
rpe@crepyenvalois.fr

Cadre réservé à la Maison de l'Enfance	
Date de l'entretien :	
Date réception de la demande :	
Par :	
N° dossier :	
CREPY	EXTERIEUR
Décision :	

FORMULAIRE DE PRÉ-INSCRIPTION ACCUEIL REGULIER

Ce formulaire ne vaut pas inscription.

Votre demande sera étudiée en fonction de vos besoins d'accueil, des disponibilités des structures et des critères de priorité définis par la commission d'admission.

Une décision vous sera communiquée au plus tôt 3 mois avant le début d'accueil.

Formulaire à déposer au Relais Petite Enfance ou à envoyer par mail à rpe@crepyenvalois.fr

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE :
--

Dans quelle structure souhaitez-vous que votre enfant soit accueilli ?

La plaquette du service vous renseignera sur les particularités de chaque structure ou accueil.

Hierarchisez vos demandes en les numérotant de 1 à 4 :

<input type="checkbox"/> Multi Accueil	<input type="checkbox"/> Halte-Jeux	<input type="checkbox"/> Crèche Familiale (accueil chez une assistante maternelle avec des temps collectifs à la Crèche)	<input type="checkbox"/> Assistante Maternelle Indépendante
--	-------------------------------------	---	---

Votre 1^{ère} demande correspond-elle :

- au mode d'accueil que vous désirez ? OUI NON
- aux horaires dont vous avez besoin ? OUI NON

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de Naissance (réelle ou prévue) : Mode d'accueil actuel :

Fratrie :
.....

Résidence principale de l'enfant (rayer les mentions inutiles) :

PERE ET MERE / PERE / MERE / GARDE PARTAGEE

.../...

BESOINS D'ACCUEIL DE LA FAMILLE

<input type="checkbox"/> Accueil Régulier	<input type="checkbox"/> Planning Tournant
Nombre de semaines de congés/absences de l'enfant de septembre à juin :	
<p><u>Un forfait adapté à vos besoins</u> (horaires fixés à l'avance et place de l'enfant réservée chaque semaine)</p> <p><u>Lundi</u> : deh à h.....</p> <p><u>Mardi</u> : deh à h.....</p> <p><u>Mercredi</u> : de.....h à h.....</p> <p><u>Jeudi</u> : deh à h.....</p> <p><u>Vendredi</u> : deh à h.....</p>	<p><u>Vous avez la possibilité de cibler votre besoin de manière hebdomadaire ou mensuelle :</u></p> <p>Nombre de jours par semaine :</p> <p>Nombre d'heures par semaine :</p> <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <p>Nombre de jours par mois :</p> <p>Nombre d'heures par mois :</p> <p style="text-align: center;"><i>De quelle amplitude horaire maximale d'accueil aurez-vous besoin sur une journée ?</i></p> <p style="text-align: center;"><i>de.....heures à heures.</i></p>

PARENTS

Parent 1		Parent 2	
NOM		NOM	
PRENOM		PRENOM	
PROFESSION		PROFESSION	
LIEU DE TRAVAIL et 		LIEU DE TRAVAIL et 	
ADRESSE DOMICILE		ADRESSE DOMICILE	
Fixe		Fixe	
Portable		Portable	
Adresse Mail		Adresse Mail	
N° Allocataire CAF		Allocataire : PARENT 1 PARENT 2 (rayer la mention inutile)	

SITUATION FAMILIALE (rayer les mentions inutiles) :

Mariés(es) / Concubinage / Pacsés(es)/Divorcé(e) / Séparé(e) / Veuf (ve) / Célibataire

EXERCICE DE L'AUTORITE PARENTALE (rayer les mentions inutiles) :

PERE ET MERE / PERE / MERE

SITUATION DE HANDICAP/MALADIE CHRONIQUE AU SEIN DE LA FAMILLE : OUI NON

Véhicule : OUI NON

Signature des Parents :

PIÈCES A FOURNIR POUR TOUTE PRÉ-INSCRIPTION

- La fiche de pré-inscription complétée et signée
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- L'autorisation de consultation des revenus CDAP ou MSA complétée et signée
- Le livret de famille (copie de toutes les pages : les 2 parents et chaque enfant) ou à défaut un extrait d'acte de naissance au nom de l'enfant

En l'absence d'un numéro d'allocataire CAF ou MSA valide :

- Le dernier avis d'imposition du couple ou de chaque parent

AUTORISATION CONSULTATION DES REVENUS

Pour les familles allocataires de la Caf de l'Oise

Je soussigné(e)..... , père/mère/tuteur* , de l'enfant , autorise la responsable du service Petite Enfance ou tout autre membre du personnel désigné par celle-ci, à avoir accès à mon dossier consultable sur le service **CDAP** (informations concernant la composition de la famille et le montant des ressources à prendre en compte pour le calcul de la participation familiale) de la CAF de mon département.

Fait à , le..... Signature des deux parents :

Pour les familles allocataires de la MSA

Je soussigné(e)..... , père/mère/tuteur* , de l'enfant , autorise la responsable du service Petite Enfance ou tout autre membre du personnel désigné par celle-ci, à avoir accès à mon dossier consultable sur le service **MSA** (informations concernant la composition de la famille et le montant des ressources à prendre en compte pour le calcul de la participation familiale).

Fait à , le..... Signature des deux parents :

AUTORISATION DE CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES

Je soussigné(e)..... , père/mère/tuteur* , de l'enfant , autorise le Service Petite Enfance à conserver l'ensemble des données personnelles transmises par la famille, et notamment celles concernant le montant des ressources à prendre en compte pour le calcul de la participation familiale. Ces données seront conservées informatiquement ainsi que dans le dossier personnel de l'enfant.

Fait à , le..... Signature des deux parents :

**rayer la mention inutile*