

NOM:

Prénom:

Besoin d'accueil

A partir du :/...../.....

Notez vos horaires selon les jours choisis

Nos horaires	semaine 1	semaine 2	semaine 3	semaine 4	semaine 5
Lundi (7h-17h30)					
mardi (7h-17h30)					
Mercredi (7h-16h)					
Jeudi (7h-17h30)					
Vendredi (7h-17h30)					

Congés (période où l'enfant sera absent de la crèche :

Présent pendant les vacances scolaire?

OUI NON

Accueil régulier

OUI NON

Accueil non mensualisé (planning variable) :

OUI NON

Accueil occasionnel ?

OUI NON

	Parent 1/ ou Représentant légal	Parent 2
NOM		
Prénom		
situation matrimoniale	en couple <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> vie maritalement <input type="checkbox"/>	en couple <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> vie maritalement <input type="checkbox"/>
Adresse		
Adresse mail (en majuscule)		
Numéros de téléphone	Domicile Portable Travail	Domicile Portable Travail
Profession		
Situation professionnelle actuelle	En emploi <input type="checkbox"/> Congé parental <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	En emploi <input type="checkbox"/> Congé parental <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/>

Nombre d'enfants à charge :

Montant des revenus mensuels nets (tous types de revenus sans abattement) :

Enfant en situation de handicap OUI NON

Parents en situation de handicap OUI NON

Fratrie en situation de handicap OUI NON

Accompagnants:

j'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la crèche:

Nom	Prénom	lien de parenté	téléphone

Autorisations

Nom Parent 1 :

Nom Parent 2 :

Ou Représentant légal :

- Autorise (ons)** Le personnel à sortir l'enfant de l'enceinte de l'établissement pour
 N'Autorise (ons) pas une sortie à moins de 300m
- Autorise (ons)** Le personnel à photographier ou filmer dans la mesure où les films et images ne
 N'Autorise (ons) pas seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de
l'établissement.
- Autorise (ons)** La direction à consulter mon (notre) dossier allocataire CDAP afin d'accéder
 N'Autorise (ons) pas directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charges)
à prendre en compte pour le calcul des tarifs
Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet
d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe
qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.
- Autorise (ons)** Le personnel à administrer les éventuelles médications prescrites par le médecin traitant
 N'Autorise(ons) pas de mon enfant et sur présentation de l'ordonnance.
- Autorise (ons)** Le personnel à administrer un antipyrétique en cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5°C et
 N'Autorise (ons) pas selon le protocole de la structure
- Autorise (ons)** Le personnel à appliquer une pommade contre les érythèmes fessiers (type MYTOSIL,
 N'Autorise (ons) pas BEPANTHEN...)
- Autorise (ons)** L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant
 N'Autorise (ons) pas mon (notre) enfant (SAMU, Pompiers, hospitalisation, anesthésie).
- Autorise (ons)** La direction a utilisé mes données personnelles pour l'enquête FILOUÉ
 N'Autorise (ons) pas
- Autorise (ons)** La Direction à utiliser mes données médicales de mon enfant sur le logiciel de gestion NOÉ
 N'Autorise (ons) pas

J'accepte que des données à caractère personnel soient transmises à la CNAF à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les EAJE

Je n'accepte que des données à caractère personnel soient transmises à la CNAF à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les EAJE