



## DOSSIER d'INSCRIPTION

- 1<sup>ère</sup> demande. Date : .....
- Renouvellement. Date : .....

**Le dossier est à rendre à la structure avant l'entrée de votre enfant  
au Jardin d'Enfants.**

**Il est nécessaire de prendre un RDV afin de finaliser l'inscription.**

**1/ Renseignements concernant les parents.**

<b>Lien de parenté avec l'enfant</b>		
<b>Nom d'usage</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Adresse complète</b> (si identique, mettre une croix dans la 2 <sup>ème</sup> case)		
<b>Tél. portable :</b>		
<b>Tél. domicile :</b>		
<b>Courriel</b>		
<b>Situation familiale</b>	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf	
<b>Profession</b>		
<b>Employeur :</b>		
<b>Tél. travail</b>		
<b>Régime de protection sociale</b>	<input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Fonction Publique <input type="checkbox"/> Autre : ..... <u>précisez :</u> N°            Allocataire            CAF            : ..... MSA : ..... .....	<input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Fonction Publique <input type="checkbox"/> Autre : ..... <u>précisez :</u> N° Allocataire CAF : ..... MSA : .....

**2/ Renseignements concernant la famille.**

Nombre d'enfants à charge : .....

Enfant porteur de handicap à charge \* :  oui  non

\* Fournir un justificatif (notification de la MDPH ou carte d'invalidité)

**3/ Renseignements sur l'enfant inscrit.**

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

#### **4/ Renseignements sur l'accueil souhaité.**

Date d'accueil souhaitée : .....

	Horaires d'accueil demandés	Vacances scolaires (si différents)
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

Pour les heures atypiques, merci de préciser vos besoins :

.....  
.....  
.....  
.....

Vacances de la famille : .....  
.....

L'enfant bénéficiait-il déjà d'un mode de garde ? :  OUI  NON

Si oui, précisez lequel et les raisons du changement :

.....  
.....  
.....

#### **5/ Les autorisations.**

Acceptez-vous que : \*

- le personnel sorte votre enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe;
- le personnel prenne des photographies et des vidéos de votre enfant pour une utilisation interne et publication dans la presse et le site internet de la mairie, et les satgiaires;
- la direction consulte votre dossier allocataire CAFPRO / MSA afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières;
- le personnel administre à votre enfant un antipyrétique (paracétamol) en cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5°C selon le protocole établi par le médecin de l'établissement;
- le personnel prenne les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de votre enfant (hospitalisation, SAMU, pompiers).

\* cocher ce que vous autorisez.

**6 / Désignation des personnes autorisées à reprendre l'enfant**

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Adresse	N° de téléphone

- J'autorise les personnes désignées ci-dessus à prendre en charge l'enfant (*nom prénom*) à sa sortie de la structure
- J'exonère le gestionnaire de la structure de toute responsabilité sur cet enfant après son départ de l'établissement  
(A adapter en fonction de la (des) personne(s) exerçant l'autorité parentale)

Fait à ....., le .....

Signature du père de l'enfant,      de la mère de l'enfant,      du tuteur de l'enfant

Merci de signaler toutes modifications (familiales, professionnelles...), ce qui peut avoir des conséquences sur la facturation, les personnes autorisées ou non à récupérer votre enfant, les coordonnées postales...

### Pièces à fournir (photocopies)

- Le règlement intérieur complété, accepté et signé
- Le dossier d'inscription dûment complété et signé.
- Carte d'immatriculation de la CAF ou MSA ou autre document indiquant votre numéro d'allocataire.
- Une copie de la pièce d'identité de chaque personne autorisée à venir récupérer votre enfant.
- Une copie du livret de famille complet : parents et enfant(s).
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois.
- Une attestation d'assurance responsabilité civile précisant le nom de l'enfant. (Document à renouveler à chaque échéance).
- Les pages de vaccinations du carnet de santé.
- Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité et attestant que l'enfant est à jour de ses vaccinations (voir modèle page 6).
- Une ordonnance pour un antipyrétique.
- Dans le cas d'une garde partagée : un certificat d'autorité parentale conjointe le cas échéant.

### Cadre réservé au Jardin d'Enfants :

Dossier reçu le ..... par .....

Enregistré sur Noé le..... par .....

Contrat édité le .....

#### Fiche comptable

Tarif horaires applicable lors de l'inscription : .....

Date de consultation du fichier CAFPRO /MSA : .....

#### Dates des adaptations (*rappel les 2 premières heures sont gratuites*) :

.....

.....

.....

.....

.....

**PARTICIPATION FAMILIALE** (document à remplir lors du rdv avec la responsable)

- **Montant des ressources plancher et plafond à retenir pour le montant de la participation familiale**

Barèmes en vigueur du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017	Montant mensuel
Plancher de ressources PSU	672.32 €
Plafond de ressources PSU*	4 864.89 €

- **Calcul de la participation horaire des familles**

**A- Détermination de la base ressources**

Base annuelle de ressources indiquée sur CAFPRO lors de la consultation du \_\_\_/\_\_\_/20

€ /12 =  €

- ✓ Si cette somme est inférieure au montant plancher reporter 660.44 €
  - ✓ Si cette somme est supérieure au montant plafond reporter 4864.89 €
- Dans les autres cas, reporter la somme exacte arrondie à l'Euro le plus proche.

€

**B - Détermination du taux d'effort à appliquer :**

Nombre d'enfants à charge	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 à 7 enfants
Taux d'effort par heure facturée en accueil collectif	0,06%	0,05%	0,04%	0,03%
Taux d'effort par heure facturée en accueil familial, et en micro crèche	0,05%	0,04%	0,03%	0,03%

X

%

La présence dans la famille d'un enfant en situation de handicap (bénéficiaire de l'Aeeh) à charge de la famille (même si ce n'est pas ce dernier qui est accueilli au sein de l'établissement) permet d'appliquer le tarif immédiatement inférieur<sup>(1)</sup>.

**Participation familiale horaire =**  €

- **Montant de la participation moyenne constatée pour la structure au cours de l'année 2015 : 1.03 €**

<sup>1</sup> Par exemple, une famille de deux enfants, dont un est handicapé, bénéficie du tarif applicable à une famille de trois enfants.

<h2>CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION</h2>
---

Je soussigné, Dr....., Médecin Généraliste / Pédiatre, certifie que l'enfant..... né(e) le..... :

- Est à jour de ses vaccinations obligatoires (DTPolio 3 injections) ;

- Ne présente pas de maladie contagieuse ;

- Ne présente pas d'affection chronique ou autre problème de santé nécessitant la prise régulière d'un traitement ou une attention particulière de la part du personnel de l'établissement d'accueil.

*Fait à .....*

*Le .....*

*Cachet et signature du médecin*

*NB : En cas de handicap, affection chronique ou tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être mis en place.*