



Villefranche-sur-Mer

Service Petite Enfance

Allée des Anciens combattants d'Afrique du Nord

06230 Villefranche Sur Mer

Tel : 04.93.01.71.20

loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

Multi accueil Petite Enfance « Lou Cigaloun »

Jardin d'enfants « Les Capucines »

Nom et Prénom de l'enfant : fille garçon

Date de naissance :

Responsable légal 1

Nom et Prénom :	
Adresse :	
Ville :	
Téléphone portable :	@ :
Régime allocataire : CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CCSS <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Numéro d'allocataire :	
Situation familiale :	Profession :
Nom et adresse de l'employeur :	Téléphone travail :

Responsable légal 2

Nom et Prénom :	
Adresse :	
Ville :	
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Régime allocataire : CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CCSS <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Numéro d'allocataire :	@ :
Situation familiale :	Profession :
Nom et adresse de l'employeur :	Téléphone travail :

Composition du foyer où vit l'enfant

Nom et Prénom - qualité -	Date de naissance	Structure fréquentée (si fratrie)



Villefranche-sur-Mer

Service Petite Enfance
Allée des Anciens Combattants d'Afrique Du Nord
06230 Villefranche sur mer
Tel : 04.93.01.71.20
loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr

DOCUMENTS A FOURNIR

DOSSIER ADMINISTRATIF

- Livret de famille ou acte de naissance
- Justificatif de domicile
- N° d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales
- Si vous n'êtes pas allocataire de la CAF ou si vos revenus sont inaccessibles sur le site CAF, fournir avis d'imposition des revenus N-2 (des deux conjoints si vous n'êtes pas mariés)
- Justificatifs de travail, ou de formation (si demande d'accueil \geq 2 jours)
- Dossier d'inscription complété

DOSSIER MEDICAL

- Carnet de santé (Vaccinations à jour)

Jours et horaires d'accueil souhaités :

Votre demande sera validée en fonction des places disponibles

Horaires d'ouvertures : Multi Accueil 7h30 - 18h30 Jardin d'enfant : 7h30 - 18h00

HORAIRES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Arrivée					
Départ					



Service Petite Enfance

Allée des Anciens combattants d'Afrique du Nord
06230 Villefranche Sur Mer
Tel : 04.93.01.71.20

loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr

Nous, soussignés _____

- déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur et nous engageons à en respecter les termes ;
- autorisons le personnel à prendre les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de mon enfant (hospitalisation, SAMU, pompiers)
- autorisons le personnel à administrer du paracétamol en cas d'hyperthermie selon le protocole établi par le pédiatre de la structure ;
- Autorisons la Directrice (IDE) à administrer à notre enfant les éventuelles médications prescrites par le médecin sur présentation de l'ordonnance, ceci de façon tout à fait exceptionnelle.
- autorisons le personnel à sortir notre enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe : Oui Non
- autorisons le personnel à prendre notre enfant en photo (interne et publication)
 Oui Non
- autorisons la direction à consulter notre dossier allocataire CAF afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières
- autorisons l'utilisation de notre adresse email pour communiquer

Signatures

Direction

Parents



Service Petite Enfance
Allée des Anciens combattants d'Afrique du Nord
06230 Villefranche Sur Mer
Tel : 04.93.01.71.20
loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e)

Parent ou représentant légal de l'enfant

Autorise :

	Noms	Liens de parenté	Téléphone	Adresse
1				
2				
3				
4				

À venir chercher mon enfant au Multi Accueil ou au Jardin d'Enfants.

La personne mandatée pour reprendre l'enfant devra être munie d'une pièce d'identité et être obligatoirement majeure.

Fait à

Signature du ou des responsables de l'enfant :



Service Petite Enfance

Allée des Anciens combattants d'Afrique du Nord
06230 Villefranche Sur Mer
Tel : 04.93.01.71.20

loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr

NOM :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

RESPONSABLE 1 (Nom Prénom) :

Tel Portable :

Tel Professionnel :

Email :

RESPONSABLE 2 (Nom Prénom) :

Tel Portable :

Tel Professionnel :

Email :

N°C.A.F :

ENTRE LE :

SORTIE LE :

MEDECIN PEDIATRE :

REGIME ALIMENTAIRE :

PAI :

AUTRE :

AUTORISATION SORTIE :

AUTORISATION PHOTOS :