



## DOSSIER D'ADMISSION

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)



**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 ≥ 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 : 7h30 - 18h00

HORAIRES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Arrivée					
Départ					

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 la structure à transmettre à la Cnaf un Fichier Localisé des Usagers des Eaje (Filoué) sur un espace sécurisé. Les données à caractère personnel qu'il contient sont pseudonymisées puis sont utilisées dans le respect de la réglementation sur l'obligation et le secret en matière de statistiques.  
 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, et à réaliser des copies d'écran qui seront conservées comme justificatifs dans les dossiers des familles.  
 Oui  Non
- Autorisons l'utilisation de notre adresse email pour communiquer  
 Oui  Non

Signature de la Direction

Signature du ou des responsables de l'enfant



## 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  
☎04.93.01.71.20  
✉[loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr](mailto: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 :**



Service Petite Enfance  
Allée des Anciens combattants d'Afrique du Nord  
06230 Villefranche-sur-Mer  
☎ 04.93.01.71.20  
✉ [loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr](mailto:loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr)

## DROIT À L'IMAGE

Je, soussigné,

M./Mme (*prénom et nom*) : .....

Adresse : .....

N° téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant (*prénom et nom*) : .....

Autorise les représentants de la structure petite enfance (*indiquer le nom de la structure*) : .....

- À prendre mon fils/ma fille en photo
- À réaliser un film
  
- À utiliser cette/ces photo(s) pour une publication :
  - Sur le site Internet de la structure petite enfance
  - Sur l'album photos/le film qui sera réalisé
  - Sur tout support d'information relatif à la promotion de la structure petite enfance

Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par la structure petite enfance .....est garanti, de même que le droit de retrait.

Date et signature :



Service Petite Enfance  
Allée des Anciens combattants d'Afrique du Nord  
06230 Villefranche-sur-Mer  
☎ 04.93.01.71.20  
✉ [loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr](mailto:loucigaloun@ccas-villefranchesurmer.fr)

### **Information sur l'utilisation et la protection des données**

*« Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CCAS de Villefranche sur Mer servant à gérer l'inscription, l'accueil, la facturation et le suivi quotidien des enfants dans les structures petite enfance, ainsi qu'à assurer la communication avec les familles et le respect des obligations légales.*

*Elles permettent également la création d'un compte sur le portail famille.*

*Les données collectées peuvent être transmises aux agents de la crèche habilités à consulter les informations : pédiatre et psychologue de la crèche, PMI et la protection de l'enfance.*

*Les données sont conservées pendant 10 ans. Les données médicales doivent être conservées pendant 28 ans selon la législation en vigueur.*

*Les usagers ont droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de limitation sur toutes leurs données personnelles. Le cas échéant, l'usager peut joindre le CCAS et demander à s'entretenir avec la direction du CCAS au 04 93 01 83 32.*

*Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.*

*Vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) : SICTIAM – [dpo@sictiam.fr](mailto:dpo@sictiam.fr)*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. »*