Coordination Petite Enfance
FP-PENF-CPE-000

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR UN MODE D'ACCUEIL REGULIER OU OCCASIONNEL EN EQUIPEMENT PETITE ENFANCE

Nouvelle demande ☐ **Actualisation** ☐

Les inscriptions se font à partir du ***6ème mois de grossesse***
Sur rendez-vous au 01 69 10 59 94
A la Coordination Petite Enfance - Cité Administrative au 31 avenue Pierre Brossolette
91380 Chilly Mazarin

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

ACCUEIL REGULIER : concerne les enfants qui fréquentent l'équipement petite enfance de manière régulière et récurrente. Le planning est connu à l'avance et s'effectue de 1 à 5 jours. L'accueil est défini selon un contrat établi au moment de l'inscription définitive qui fixe les horaires et les jours d'accueils.

ACCUEIL OCCASIONNEL
Ce type d'accueil est réservé aux parents souhaitant bénéficier d'un temps d'accueil de quelques heures.
Une fois l'inscription effectuée, les modalités d'accueil s'organisent avec la direction de la structure (jours et horaires).

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER :

- En cas d'inscription au 6ème mois de grossesse : certificat médical avec la date présumée de l'accouchement, ou document CERFA CPAM de déclaration de grossesse
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- L'acte de naissance ou copie du livret de famille pour l'enfant né
- S'il y a lieu, jugement de divorce ou décision du Juge aux Affaires Familiales, en cas de séparation ou divorce (avec les modalités de garde des enfants)

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance (ou prévue) : _____ **Sexe :** ☐ **F** ☐ **M**

Adresse du foyer : _____

Réservé à l'administration :

Date de réception :_____ Numéro de dossier : _____

RDV effectif le : _____ Initiales du contact ;_____

DATE SOUHAITEE D'ENTREE :
_____/_____/_____

Il est essentiel que votre demande corresponde à vos besoins.

➢ DEMANDE LA PLACE A LA :

❑ **Maison de la Petite Enfance** (2/4, rue des Tilleuls) - Ouvert du lundi au vendredi de 7h à 19h - pour les enfants dès la fin du congé maternité/paternité

❑ **Multi-accueil Mazarin** (57, avenue Mazarin) Ouvert du lundi au vendredi de 7h30 à 18h30 - Pour les enfants de 18 mois et +

❑ **Micro Crèche Château** (35, domaine du Château) - Ouvert du lundi au vendredi de 7h30 à 18h30 – pour les enfants dès la fin du congé maternité/paternité

❑ **Crèche Familiale** (12, rue François Mouthon) – Ouvert du lundi au vendredi de 7h à 19h, pour les enfants dès la fin du congé maternité/paternité, accueil au domicile d'une assistante maternelle, salariée de la ville

❑ **Crèche Hospitalière** (impasse Calmette à Longjumeau) – ouvert du lundi au vendredi de 6h00 à 20h30, pour les enfants dont les parents ont une activité professionnelle aux horaires atypiques

❑ **Indifférent**

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT :

Nombre de jours d'accueil par semaine :
❑ **1/2 journée** ❑ **1 jour** ❑ **2 jours** ❑ **3 jours** ❑ **4 jours** ❑ **5 jours**

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
HEURE D'ARRIVEE					
HEURE DE DEPART					

➢ REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT :

☐ **Marié(e)** ☐ **Union Libre** ☐ **PACS** ☐ **Célibataire** ☐ **Veuf(ve)** ☐ **Séparé(e)** ☐ **Divorcé(e)**

REPRESENTANT 1 :

➲ **PERE :** ☐ **MERE :** ☐

NOM : ……
NOM DE NAISSANCE : ……..
Prénom : ……
Date de naissance : ……
N° Tél. domicile : ……
N° Tél. portable : ……
Courriel : ……
Adresse : ……

➲SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : ……..
Lieu : ……..
Employeur :……
Lieu de travail :……
……
Moyen et temps de transport :……
……
❑Intérim ❑ CDD ❑ CDI ❑Temps plein
❑ Temps partiel
❑ Etudiant ❑ Formation ❑ Recherche d'emploi
❑ Autres Précisez : ……..

REPRESENTANT 2 :

➲ **PERE :** ☐ **MERE :** ☐

NOM : ……
NOM DE NAISSANCE : ……..
Prénom : ……
Date de naissance : ……
N° Tél. domicile : ……
N° Tél. portable : ……
Courriel : ……
Adresse : ……

➲SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : ……..
Lieu : ……..
Employeur :……
Lieu de travail :……
……
Moyen et temps de transport ……..
……
❑ Intérim ❑ CDD ❑ CDI ❑ Temps plein
❑ Temps partiel
❑ Etudiant ❑ Formation ❑ Recherche d'emploi
❑ Autres Précisez : ……..

Etes-vous allocataire de la CAF ? ❑ oui ❑ non **de la MSA ?** ❑ oui ❑ non
Caisse d'Allocations Familiales Mutuelle Sociale Agricole

HORAIRES DE TRAVAIL DU REPRESENTANT 1 :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI

HORAIRES DE TRAVAIL REPRESENTANT 2 :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI

➢ AUTRES ENFANTS AU FOYER – A CHARGE OU A NAITRE :

Nom Prénom	Date de naissance	Etablissement scolaire	Mode d'accueil petite enfance

Avez-vous un véhicule pour accompagner l'enfant : ☐ Oui ☐ Non

➢ AUTRES RENSEIGNEMENTS QUI POURRAIENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA STRUCTURE D'ACCUEIL :

……

……

……

……

……

……

Nous déclarons que tous les renseignements fournis sont exacts et nous nous engageons à prévenir par écrit la Coordination petite enfance en cas de changement de situation.

Date et signature des représentants légaux de l'enfant précédées de la mention « lu et approuvé » :

Le : **Le :**

Représentant 1 : **Représentant 2 :**

La commune de Chilly-Mazarin, collecte et traite les données personnelles recueillies dans ce formulaire, aux fins de l'inscription dans les structures petite enfance dans le cadre de la mission d'intérêt public dont elle est investie. Vous pouvez exercer vos droits d'accès ou de rectification auprès de : coordination.enfance@ville-chilly-mazarin.fr