

«*Pomme de Reinette*»

Structure multi accueil

Rue Anna Rodier 63600 Ambert

Tel/ fax : 04 73 82 13 37



Dossier D'inscription

Pour l'enfant : _____



«Pomme de Reinette»

Structure multi accueil
Rue Anna Rodier 63600 Ambert
Tel/fax : 0473821337

Pièces justificatives à fournir

- Livret de famille : papa, maman et enfants
- Carnet de santé (pages des vaccinations réalisées)
- Attestation Assurance Maladie en cours de validité

- En cas de non actualisation du dossier CAF
 - ❖ Avis d'imposition ou non imposition de l'année N-1
 - ❖ Si pas reçu l'avis d'imposition, déclaration d'impôt complète
 - ❖ Des deux parents si non séparés
 - ❖ Si parents séparés : revenu du parent qui a la charge de la facturation

- Justificatif de domicile : taxe d'habitation / quittance EDF
- Attestation de responsabilité civile

- Dans dossier d'inscription : à remplir
 - ❖ Fiche d'inscription de renseignements administratifs (toute modification d'adresse, de numéro de téléphone de domicile, employeur ou portable doit être signalée)
 - ❖ Convention d'accueil (contrat de présence, calendrier hebdomadaire, coût tarifaire) pour les accueils réguliers et réservés
 - ❖ Autorisation d'hospitalisation en cas d'urgence
 - ❖ La fiche de liaison
 - ❖ Les personnes à prévenir si parents absents après 18h30 en cas de non récupération de l'enfant
 - ❖ Autorisation pour venir chercher l'enfant à la place des parents
 - Ponctuelle : à caractère exceptionnel
 - Annuelle : si cette personne vient chercher l'enfant régulièrement
 - ❖ Autorisation pour les sorties
 - ❖ Autorisation de prendre des photos

*, S'il vous manque un document, si vous avez une difficulté :
Prenez rapidement contact avec la Directrice de « Pomme de Reinette »*



«Pomme de Requette»

Structure multi accueil

Rue Anna Rodier 63600 Ambert

Tel/ fax : 0473821337

Fiche de renseignement administratif

Accueil régulier et Occasionnel réservé

Date entrée : _____

Date de sortie : _____

Hors commune

ENFANT INSCRIT

Nom : Prénom :

Date de naissance : __/__/ - __/__/ - __/__/__/_/

Lieu de naissance :

Adresse : Code postal :

Commune :

N° de téléphone domicile : Portable :

Adresse e - Mail :@.....

	MAMAN	PAPA
NOM - PRENOM		
PROFESSION		
LIEU de travail		
HORAIRE		
N° de Téléphone		

Fratrie de l'enfant : _/ _/ _/ _/

N° allocataire : Régime : Papa Maman

N° Sécurité sociale : Papa Maman

Nom du médecin traitant : N° de téléphone :

Autre mode de garde : Ecole :

Jours de présence : L Ma Me J V

Horaires : M am M am M am M am M am

Repas : collation Déjeuner Goûter

Taux horaire :

Indiquer deux personnes à qui l'on peut confier votre enfant après 18 H30 en cas d'urgence :

Nom- Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Nom- Prénom :

Adresse :

Téléphone :



«Pomme de ReINETTE»

Structure multi accueil

Rue Anna Rodier 63600 Ambert

Tel/ fax : 0473821337

Convention

Entre : Madame et monsieur.....
Domiciliés à _/_/_/_/_/.....

Et La commune d'Ambert, représentée par Mme AUTIN Michelle, directrice de La structure multi accueil « Pomme de ReINETTE »

Il est convenu ce qui suit :

La commune d'Ambert accepte l'inscription de l'enfant..... né(e) le..... et s'engage à réserver sa place dans les conditions suivantes :

- ❖ L'engagement concerne au minimum un mois et au maximum jusqu'au 4 ans de l'enfant. Si une modification intervenait, elle ferait l'objet d'un avenant.
- ❖ Si les parents désirent abandonner ce mode de garde, une lettre doit nous en informer au minimum 1 mois avant la sortie de l'enfant
- ❖ Les parents dont le planning change chaque mois, sont tenus de nous informer dans le courant du mois, pour le mois suivant de leurs horaires, sans quoi nous ne pourrions garantir une place à l'enfant

1 / Le tarif horaire est calculé de la manière suivante :

- ❖ Sur le Barème CAF en fonction des ressources annuelles et du nombre d'enfant à charge.
- ❖ Il est recalculé à compté du 1^{er} janvier de chaque année avec la ré actualisation des droits et applicable au 1er février
- ❖ Toutes modifications dans la composition de la famille, de la situation professionnelle (chômage), de l'adresse entraîneront un nouveau calcul horaire.
- ❖ Q = le salaire mensuel moyen

Q = Salaires et assimilé avant tout abattement / 12 =/ 12 = _____

Votre famille a ___ enfant(s) , le **taux horaire** est de = Q x ____% = _____€/ heure

Nombre d'enfant à charge	1	2	3	4 et +
Taux appliqué	0.06%	0.05 %	0.04 %	0.03 %



«Pomme de Reinette»

Structure multi accueil

Rue Anna Rodier 63600 Ambert

Tel/ fax : 0473821337

Convention

2 / Calendrier de Présence moyenne mensuelle

	Matin	Après midi	Journée	De	A
Semaine 1				Heure réelle	
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
jeudi					
Vendredi					
Total semaine					
Semaine 2					
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
jeudi					
Vendredi					
Total semaine					
Total quinzaine					
	X 2	X2	X2		
Total mois					

- Pour le décompte des d'absences : vous référer au règlement intérieur
- Pour les contrats de moins de 3 mois, toute absence est due
- Tout dépassement du forfait d'origine sera facturé en plus.
- Des dépassements répétés peuvent engendrer un basculement sur un contrat supérieur
- Des absences répétées peuvent faire l'objet d'une réévaluation du contrat de présence

Cette convention est effectuée, à la demande des parents

Fait à Ambert , le _____

Les parents (lu et approuvé)

La Directrice



«Pomme de Reinette»

Structure multi accueil

Rue Anna Rodier 63600 Ambert

Tel/ fax : 0473821337

Fiche de liaison Services des urgences Autorisation d'hospitalisation

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Adresse du responsable de l'enfant :
.....

Nom, prénom du père : Tél.Domicile :

Tél.Employeur :

Nom, prénom de la mère : Tél.Domicile :

Tel employeur :

.....

Nom du médecin traitant : Tél. cabinet :

Maladies à signaler			
	Oui*	Non*	Traitement
Diabète			
Asthme			
Hémophilie			
Épilepsie			
Allergie-type			
Autres : ...			

(*) cocher la colonne correspondante

Autorisation d'hospitalisation

Date :

Je soussigné(e) :

Représentant légal de l'enfant :

AUTORISE la responsable technique de l'établissement à prendre toute mesure d'urgence destinée à sauvegarder la santé de mon enfant et accepter librement le service du docteur qui sera appelé en cas d'urgence, et l'hospitalisation si nécessaire.

Les parents

médecin de l'établissement
ou le médecin traitant

La Directrice



«Pomme de Reinette»

Structure multi accueil

Rue Anna Rodier 63600 Ambert

Tel/ fax : 0473821337

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) : Nom et prénom :

1/ Autorise Monsieur ou Madame :

2/ Autorise Monsieur ou Madame :

(Carte d'identité pour la ou les personnes désignées obligatoire)

A récupérer mon enfant : Nom et prénom :

A la structure multi accueil « **Pomme de Reinette** »

Ponctuellement Le Ou toute l'inscription / 1

Date : Signature

1/ barrer la mention inutile



«Pomme de Reinette»

Structure multi accueil

Rue Anna Rodier 63600 Ambert

Tel/ fax : 0473821337

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) : Nom et prénom :

1/ Autorise Monsieur ou Madame :

2/ Autorise Monsieur ou Madame :

(Carte d'identité pour la ou les personnes désignées obligatoire)

A récupérer mon enfant : Nom et prénom :

A la structure multi accueil « **Pomme de Reinette** »

Ponctuellement Le Ou toute l'inscription / 1

Date : Signature

1/ barrer la mention inutile



«Pomme de Reinette»

Rue Anna Rodier 63600 Ambert
Tel/ fax : 0473821337

AUTORISATION PARENTALE

Nom et prénom de l'enfant :

Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

Adresse :
.....
.....

Téléphone :

Autorise ma fille – mon fils (1) **N'Autorise pas** ma fille – mon
fils (1)

À participer aux sorties et activités à l'extérieur de la structure multi accueil « **Pomme de Reinette** » organisées par les professionnelles, dans le périmètre de la commune. (Bibliothèque, marché....) – 1 personne adulte pour 2 enfants en main (législation en cours)

Autorise ma fille – mon fils (1) **N'Autorise pas** ma fille – mon
fils (1)

Soit pris en photo dans le cadre de la vie de la structure multi accueil « **Pomme de Reinette** » et utilisées pour affichage à l'intérieur de la structure et la promotion de celle-ci (journal interne, cahier souvenir de l'enfant...)

Date

Signature précédé de « lu et approuvé(e) »

De la mère

Du Père

l/ barrer la mention inutile et cocher la case souhaitée