

Multi-accueil _____

Dossier d'inscription

Numéro d'inscription¹ : Date d'inscription¹ :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT	
NOM :	Prénom :
A naître le :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Né(e) le :	Lieu de naissance :
Adresse de la résidence principale de l'enfant :	
Code de postal :	Commune :
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Situation familiale</u> <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> P.A.C.S	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Représentant n° 1 :</u> 	
NOM :	Prénom :
Nationalité :	Date de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Commune :
<input type="checkbox"/> Domicile :	<input type="checkbox"/> Portable :
Adresse mail :	
Profession :	
Nom et adresse de l'employeur :	
Numéro de sécurité sociale :	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Représentant n° 2 :</u> 	
NOM :	Prénom :
Nationalité :	Date de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Commune :
<input type="checkbox"/> Domicile :	<input type="checkbox"/> Portable :
Adresse mail :	
Profession :	
Nom et adresse de l'employeur :	
Numéro de sécurité sociale :	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Régime allocataire du responsable</u> <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	
Numéro d'allocataire :	

¹ Ne pas remplir, réservé à l'administration

- Composition du foyer - autre(s) enfant(s) à charge

NOM prénom :

.....

Date de Naissance :

.....

ACCUEIL SOUHAITÉ

Date d'entrée en crèche souhaitée :

Le mode de garde souhaitée : Régulier Occasionnel

Jours et horaire de garde :

Jours	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total journalier
LUNDI			
MARDI			
MERCREDI			
JEUDI			
VENDREDI			

Total hebdomadaire :

Nombre de semaines de vacances que vous souhaitez vous poser

1 semaine

2 semaines

3 semaines

SANTÉ

- Allergies, intolérance alimentaire nécessitant un régime, trouble de santé, handicap

Non

Oui

Si oui, lequel ? :

Joindre obligatoirement un certificat médical récent (moins de 3 mois)

Nécessité d'un PAI Non Oui

Nécessité d'un PAP Non Oui

- Médecin traitant ou pédiatre

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ :

RENSEIGNEMENTS DIVERS

- Personnes à appeler en cas d'urgence

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les secours d'urgence vers l'établissement le mieux adapté. La personne à appeler en cas d'urgence est immédiatement avertie.

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
📍 Domicile :	📍 Domicile :
📞 Portable :	📞 Portable :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :

- Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (avec Carte d'Identité)

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
📍 Domicile :	📍 Domicile :
📞 Portable :	📞 Portable :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
📍 Domicile :	📍 Domicile :
📞 Portable :	📞 Portable :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :

- Autres consignes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je (nous) soussigné(s) atteste (attestons) sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent dossier et avoir pris connaissance que l'administration se réserve la possibilité de vérifier par tous les moyens légaux la véracité de ces déclarations.

Qu'ainsi une fausse déclaration afin d'obtenir un avantage ou un service quelconque expose non seulement à l'annulation immédiate du bénéfice de l'avantage ainsi obtenu, mais aussi aux poursuites pénales possibles (articles L433-19, L441-7 du code pénal).

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la **Communauté de communes des Terres du Lauragais** pour **inscription en crèche**.

Elles sont conservées pendant **7 ans** et sont destinées **aux agents du Département Petite Enfance de la Communauté de communes des Terres du Lauragais**. Elles peuvent aussi être consultées par des agents de la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute Garonne dans le cadre d'un contrôle.

Conformément à la loi « informatiques et libertés » (<https://www.cnil.fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee>), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le **Délégué à la Protection des données du Service Systèmes d'Information de la Communauté de communes des Terres du Lauragais**.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr>

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées et traitées pour permettre de me recontacter, de m'envoyer des informations, dans la cadre de la relation qui découle de ce formulaire.

Je (nous) m'engage (nous engageons) à signaler tout changement dans les informations transmises ce jour.

Fait à, le

Signature du représentant n°1 :

Signature du représentant n°2 :

Dpt PE/inscription/inscriptions TdL docs harmonisés/inscription