



Bibou



Gribouille



Dossier demande d'inscription

Préférence : cochez votre choix – sous réserve des places disponibles – à l'étude du dossier.

Micro-crèche Bibou

(Gare de Mantes-la-Jolie)
Ouverture de 7h30 – 18h30
55 avenue Franklin Roosevelt
78200 Mantes-la-Jolie – 06 95 26 27 78

Micro-Crèche Gribouille

(Centre-ville-marché au blé)
Ouverture de 8h00 -18h30
15 rue Gâte Vigne
78200 Mantes-la-Jolie – 06 95 26 27 78

Date de démarrage souhaitée :

Jours et heures de présence en structure : (minimum 9 heures par jour)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Arrivée					
Départ					

Renseignements Enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance ou du terme : _____ Age : _____

Domicile de l'enfants :

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable et Mail du parent référent : _____

Renseignements Parents :

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Employeur _____

Adresse employeur : _____
Code postal : _____ Ville : _____
E-mail : _____
Portable : _____ Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Employeur _____

Adresse employeur : _____
Code postal : _____ Ville : _____
E-mail : _____
Portable : _____ Téléphone travail : _____

Situation familiale :

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf(ve)	Célibataire	Divorcés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne ayant la garde :

Nombre d'enfants à charge (y compris l'enfant accueilli) :

Nombre d'enfants en situation de handicap (y compris l'enfant accueilli) :

Numéro CAF : _____ Nom de l'allocataire : _____

Votre revenu fiscal de référence (pour évaluer l'aide de la CAF)

Montant figurant sur votre dernier avis d'imposition :

Fiche médicale

Enfant :

Poids : _____ Taille : _____

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : _____

Ces informations sont certifiées exactes en date du : _____

Signature du représentant légal :

Médecin de famille : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Allergies : _____

Asthme : _____ Eczéma : _____ Convulsion : _____

Antécédents médicaux : _____ Autres : _____

Vaccinations (joindre la photocopie du carnet de santé)

Soins d'urgence

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la crèche à prendre, le
cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues
nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature du responsable légal

Autorisations diverses

Droit à l'image (Photos, vidéos)

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____

autorise l'équipe de la crèche à photographier / filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles.

Signature du responsable légal :

Sorties

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____

autorise ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe hors de l'enceinte de la crèche.

Signature du responsable légal :

Tierce personne (personnes majeures)

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____

autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir préalablement prévenu le personnel de la crèche :

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Signature du responsable légal :

Règlement de fonctionnement

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____

déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la crèche et de l'accepter dans son intégralité.

Date et signature du responsable legal

Pièces d'inscription Obligatoires à fournir à l'attribution de la place

Pièces attendues au dépôt du présent dossier de demande	
Dossier d'inscription rempli	
Photocopie du livret de famille afin de justifier de l'autorité parentale	
En cas de séparation des parents, présenter le document officiel précisant l'autorité parentale, le droit de garde et l'élection du domicile de l'enfant	
Attestation de travail pour chacun des parents. Un Kbis si travailleur indépendant. Attestation Pôle emploi si parent en recherche d'emploi	
Dernier avis d'imposition des 2 parents	
Justificatif de domicile si adresse différente de l'avis d'imposition	
Certificat médical de non-contre-indication à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant	
Ordonnance « au poids » de délivrance du paracétamol établi par le médecin traitant de l'enfant	
Un protocole médical individualisé (PAI) si enfant porteur de handicap ou d'allergie signé par le médecin traitant	
Photocopie du carnet de vaccination de l'enfant (11 vaccinations obligatoires)	
Demande de CMG : sur votre compte CAF -> demander une prestation -> Demander le complément de mode de garde. Nous transmettre le récépissé	
Attestation CAF avec numéro Allocataire (si déjà Allocataire)	
Attestation de droit assurance maladie de l'enfant. Disponible sur ameli.fr	
Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité avec <u>nom de l'enfant</u> (faire la demande auprès de votre assureur habitation)	
Un Relevé d'Identité Bancaire	
Chèque de réservation 600€ (forfait-non encaissé)	

Traitement de votre demande

Réception du dossier d'inscription par mail à infos@creche-mantes-la-jolie.com
 Attribution des places tout au long de l'année

Option 1

Place attribuée
 Rdv avec la gérante ou la directrice
 Signature du contrat
 Accueil de l'enfant

Option 2

Dossier en liste d'attente
 Renouveler la demande au bout de 6 mois