

# Fiche de renseignements

## Pré-Inscription

Point Accueil Petite Enfance

04-72-31-68-11

[pape@mairie-brignais.fr](mailto:pape@mairie-brignais.fr)

**SUR RDV LE LUNDI-MARDI- VENDREDI**

**N'OUBLIEZ PAS DE PRENDRE CONTACT POUR FINALISER L'INSCRIPTION** et de vous munir le jour du RDV :

☆ D'un **JUSTIFICATIF DE DOMICILE**

☆ De la **PHOTOCOPIE DE VOS REVENUS N-2**

☆ De votre n° d'allocataire CAF + **QUOTIENT FAMILIAL a jour**

☆ de vos 3 dernières fiches de paie ou d'une attestation d'embauche de votre employeur



	Parent 1	Parent 2
<b>NOM</b> Prénom		
<b>Situation matrimoniale</b>	En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>	En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>
<b>Adresse</b>		
<b>Adresse mail</b>	.....@.....	.....@.....
<b>Numéros de téléphone</b>	<i>Portable</i> <i>Travail</i>	<i>Portable</i> <i>Travail</i>
<b>Profession</b>	.....	.....
<b>Situation professionnelle actuelle</b>	<i>En emploi</i> <input type="checkbox"/> <i>Congé parental</i> <input type="checkbox"/> <i>Chômage</i> <input type="checkbox"/> <i>Autre (préciser)</i> .. <input type="checkbox"/> .....	<i>En emploi</i> <input type="checkbox"/> <i>Congé parental</i> <input type="checkbox"/> <i>Chômage</i> <input type="checkbox"/> <i>Autre (préciser)</i> <input type="checkbox"/> .....

### Choix du mode d'accueil

	Choix 1	Choix 2	Choix 3
<b>EAJE familial</b>			
<b>EAJE collectif</b>			
<b>Assistant maternel</b> ( IL EST PREFERABLE DE VOUS INSCRIRE DIRECTEMENT AUP7S DU R.A.M)			

### A REMPLIR PAR LE SERVICE

Prise de contact :      Tel   
   @   
   RDV

Quartier d'habitation :

**Enfant :****NOM :****Prénom (facultatif) :****Date de naissance ou d'accouchement prévu :**

Pour entrer en collectivité, mon enfant sera vacciné des 11 vaccins obligatoires selon le calendrier de vaccination en vigueur pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Signature :

**Besoins d'accueil****A partir du : --/--/20-**

<b>Attention</b> : les horaires demandés ne pourront pas être modifiés après le passage en commission d'admission	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	<b>Observations particulières</b>	
	De.....à.....	(pour planning tournant) De.....à.....	(pour planning tournant) De.....à.....		
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					
Samedi*					
Dimanche*					
<b>Nombre d'heures/semaine :</b>	<b>Nombre de semaines d'absence/an :</b>	<b>Présent pendant les vacances scolaires ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/>	<b>Roulement (planning variable)?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Accueil occasionnel ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Dépannage ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ÉCOLE DE SCOLARISATION (fratrie ou enfant accueilli en périscolaire) : -----N° CAF (ou autre): -----MONTANT DU QUOTIENT FAMILIAL : -----NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE : -----MONTANT DES REVENUS MENSUELS NETS (tous types de revenus sans abattement) : -----MOTIF DE LA DEMANDE : Reprise d'emploi  Socialisation ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP : Oui  Non PARENTS EN SITUATION DE HANDICAP : Oui  Non FRATRIE EN SITUATION DE HANDICAP : Oui  Non *Pour crèche familiale et assistant maternel indépendant :*ACCEPTÉ CHIENS/CHATS : (allergies) Oui  Non 

**Selon l'article 441-6 du Code pénal, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende « le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir, d'une personne publique [...] une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu ».**

Le :

Signature du ou des parents :

Avis de la commission sera envoyé par courrier postal.