

Fiche de renseignements – ACCUEIL OCCASIONNEL



Pré-Inscription sur rendez-vous

au Point Accueil Petite Enfance
04-72-31-68-11
pape@mairie-brignais.fr

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

- ✓ D'un **JUSTIFICATIF DE DOMICILE** de moins de 3 mois
- ✓ D'un **JUSTIFICATIF DE RESSOURCES** : si vous êtes allocataire de la CAF/MSA votre n° d'allocataire CAF (accès au ressources déclarées) **OU** si vous n'êtes pas allocataire, une copie de votre déclaration de revenus pour l'année N-2
- ✓ Justificatif d'emploi ou de formation (attestation employeur, d'embauche, d'arrêté de nomination, de formation, ...)

	Parent 1	Parent 2
NOM Prénom		
Situation matrimoniale	En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>	En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>
Adresse		
Adresse mail	_____@._____	_____@._____
Numéros de téléphone	Portable Travail	Portable Travail
Profession		
Situation professionnelle actuelle	En emploi <input type="checkbox"/> Congé parental <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Formation, autres <input type="checkbox"/>	En emploi <input type="checkbox"/> Congé parental <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Formation, autres <input type="checkbox"/>
Lieu de travail		

Informations sur la famille

N° d'allocataire CAF : _____

J'autorise le Point d'accueil petite enfance à accéder à mes ressources via le service CDAP de la CAF du Rhône.

Nombre d'enfants à charge (y compris enfant à naître) : _____

Enfant - NOM : _____ Prénom: _____

Date de naissance Ou d'Accouchement prévu : _____

BESOINS D'ACCUEIL OCCASIONNEL A partir du : _____ / _____ / 202...

Attention : Les horaires et jours d'accueil vous seront proposés par la structure, selon les disponibilités.	Jours de <u>préférence</u>		MOTIF DE LA DEMANDE	
	Journée	½ journée		
	Lundi			
	Mardi			
	Mercredi			
	Jeudi			
Vendredi				
Présent pendant les vacances scolaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement				

MOTIF DE LA DEMANDE : Complément de mode d'accueil Formation Socialisation Orienté par la PMI Temps de répit Recherche d'emploi

Préférence pour une structure :

	Choix 1	Choix 2	Choix 3
EAJE collectif « ABri'Co »			
EAJE collectif « La Câlinerie »			

ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP : Oui Non
PARENTS EN SITUATION DE HANDICAP : Oui Non
FRATRIE EN SITUATION DE HANDICAP : Oui Non
FRERE ou SŒUR DEJA ACCUEILLI EN STRUCTURE : Oui Non
Laquelle ? _____

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 ».

J'atteste avoir lu et accepté le règlement de fonctionnement de Point Accueil Petite Enfance (PAPE).

Le :

Signature du ou des parents :