

NOM et PRÉNOM de l'ENFANT : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (ou date prévue de l'accouchement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) sexe :  Fille  Garçon

## PRÉINSCRIPTION CRÈCHES COLLECTIVES ACCUEIL COURT OU OCCASIONNEL

Pour déposer votre demande, nous vous conseillons de  
prendre **RENDEZ-VOUS** au **GUICHET UNIQUE DE LA PETITE ENFANCE**  
Tél. : 02 51 47 48 66 - E-mail : [petiteenfance@larochesuryon.fr](mailto:petiteenfance@larochesuryon.fr)  
31bis rue Paul-Doumer - 85000 La Roche-sur-Yon  
Ouvert du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h

### ► LA STRUCTURE

Indiquez votre choix (case à cocher)

Commune	Crèches collectives	Halte-garderie
<b>La Roche-sur-Yon</b>		
Quartier nord	<input type="checkbox"/> Ramon <input type="checkbox"/> Les Girafons	<input type="checkbox"/> Pyramides
Quartier sud	<input type="checkbox"/> Vallée-Verte	
Centre		<input type="checkbox"/> Maison de la petite enfance
<b>Mouilleron-le-Captif</b>	<input type="checkbox"/> Les Oursons	
<b>Venansault</b>	<input type="checkbox"/> Le Val des p'tits loups	
<b>La Ferrière</b>	<input type="checkbox"/> Chapi-chapo	
<b>Dompierre-sur-Yon</b>	<input type="checkbox"/> La Farandole	
<b>La Chaize-le-Vicomte</b>	<input type="checkbox"/> Abricadabra	
<b>Aubigny-Les Clouzeaux</b>		
Les Clouzeaux	<input type="checkbox"/> Petipatapon	

Date d'entrée souhaitée : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## ▶ ÉTAT CIVIL

### ● LES PARENTS

Situation familiale :  Mariés  Pacsés  Vie maritale  Parent isolé  Séparés / divorcés

Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

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

E-mail : ..... E-mail : .....

Tél. domicile : ..... Tél. domicile : .....

Tél. portable : ..... Tél. portable : .....

Profession : ..... Profession : .....

Tél. travail : ..... Tél. travail : .....

Commune de l'employeur : ..... Commune de l'employeur : .....

### ● LES FRÈRES ET SŒURS À CHARGE

Nom	Prénom	Date de naissance

### ● NUMÉRO ALLOCATAIRE AUQUEL EST RATTACHÉ L'ENFANT

CAF85 n° : .....

Si CAF hors Vendée, fournir une attestation CAF indiquant votre Quotient familial et vos revenus

J'autorise la direction Petite enfance de La Roche-sur-Yon Agglomération à consulter nos revenus déclarés et l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) sur CDAP (données CAF) et à conserver les copies d'écran pour un délai minimum de 5 ans.

Si MSA n° : ..... QF : .....

J'accepte que des données à caractère personnel soient transmises à la CAF à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les crèches collectives et haltes-garderie.

## ▶ ACCUEIL ACTUEL (à remplir si votre enfant est né)

Parents  Collectif  Assistant(e) maternel(le)  Famille

Autre (préciser : .....) )

► **BESOIN D'ACCUEIL** (jours / horaires ...)

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Roche-sur-Yon Agglomération pour l'inscription de votre enfant en crèche ou halte-garderie.*

*Elles sont conservées pendant une durée de 15 ans et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la direction Petite enfance. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de portabilité aux données vous concernant, les faire rectifier, les faire supprimer en nous contactant, de préférence, par voie électronique via le formulaire « nous contacter » présent sur le site [www.larochesuryon.fr](http://www.larochesuryon.fr) ou par voie postale en écrivant à La Roche-sur-Yon Agglomération :*

*Hôtel de Ville et d'Agglomération - Place du Théâtre - BP 829 - 85021 La Roche-sur-Yon Cedex.*

J'accepte, en remplissant ce formulaire que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour inscrire mon enfant en multi accueil ou halte-garderie.

**Je/nous, soussigné(s)** .....

**agissant en qualité de parents, reconnaissons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous en acceptons les conditions.**

**Fait à** ..... **le** .....

**Signature du ou des parents**

## ► INFORMATIONS SANTÉ (à remplir si votre enfant est né)

Allergies : .....

Traitements médicaux : .....

Autre(s) information(s) importante(s) à transmettre à la structure : .....

**Pour valider votre préinscription, merci de nous transmettre les documents suivants :**

### **Dans tous les cas :**

- Un justificatif de domicile (facture de moins de 3 mois).
- La copie intégrale de l'acte de naissance (après la naissance de l'enfant) de moins de 3 mois.
- Une attestation d'assurance responsabilité civile.
- Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité par le médecin traitant datant de moins de 2 mois.
- Le carnet de santé lors de l'inscription.
- Fiche santé.
- Autorisations jointes remplies et signées.

### **Situations particulières :**

- Si l'autorité parentale a fait l'objet d'une décision du juge, copie de cette décision.
- Si les parents sont divorcés ou séparés, la décision de justice attestant de la résidence de l'enfant et des modalités d'exercice de l'autorité parentale, du droit de visite et d'hébergement de l'enfant.
- Si CAF hors Vendée, attestation indiquant votre Quotient Familial et vos revenus.