

NOM et PRÉNOM de l'ENFANT : .....

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

## PRÉINSCRIPTION ACCUEIL LONG

Pour déposer votre demande, nous vous remercions de  
prendre **RENDEZ-VOUS** au **GUICHET UNIQUE DE LA PETITE ENFANCE**  
Tél. : 02 51 47 48 66 - E-mail : [petiteenfance@larochesurion.fr](mailto:petiteenfance@larochesurion.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

2 choix possibles :  1  2

Commune	Multi accueil
<b>La Roche-sur-Yon</b> Quartier nord	<input type="checkbox"/> Ramon <input type="checkbox"/> Les Girafons
Quartier sud	<input type="checkbox"/> Vallée-Verte <input type="checkbox"/> Les Trois Marguerites / CHS (horaires atypiques)
<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>La Chaize-le-Vicomte</b>	<input type="checkbox"/> Abricadabra
<b>Aubigny-Les Clouzeaux</b> Les Clouzeaux	<input type="checkbox"/> Petipatapon
<b>Dompierre-sur-Yon</b>	<input type="checkbox"/> La Farandole

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

CAF n° : .....

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

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

MSA n° : ..... QF : .....

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

Parents  Collectif  Assistant(e) maternel(le)  Famille

Autre (préciser : .....) )

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

Semaine paire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Heure d'arrivée					
Heure de départ					
Nombre total d'heures par jour					

Semaine impaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Heure d'arrivée					
Heure de départ					
Nombre total d'heures par jour					

**Si le roulement est sur 3 ou 4 semaines, indiquez le planning sur un papier libre joint au dossier.**

*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, soussignés Monsieur et / ou Madame** .....

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

**Fait à**..... **le**.....

**Signature du ou des parents**

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

Médecin traitant (nom, commune et téléphone) : .....

.....

.....

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 :**

- 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.
- Un justificatif de travail\* (attestation de l'employeur ou contrat de travail + dernier bulletin de salaire).
- Si CAF hors Vendée, attestation indiquant votre Quotient familial et vos revenus.

*\*Pour chacun des parents*