DOSSIER D'INSCRIPTION

Date d'enregistrement : ……../……../……..

Que l'enfant soit accueilli de façon régulière ou occasionnelle, le dossier d'inscription doit être complété.

L'ENFANT

Nom : …….. Prénom : ……..

Date de naissance : ……/……/…… Garçon ☐ Fille ☐

L'enfant est-il issu d'une naissance multiple ? Oui ☐ Non ☐

L'enfant est-il porteur d'un handicap ou d'une maladie chronique ? Oui ☐ Non ☐

LE FOYER

NOM et PRÉNOM des représentants légaux

Parent 1: ……

Parent 2 : ……..

Situation de famille

marié ☐ vie maritale ☐ pacsé ☐ divorcé/séparé ☐ veuf ☐ célibataire ☐

Prestations Familiales

Nom et prénom de l'allocataire : ……..

Régime général CAF ☐ n° ……..

Régime Agricole ☐ n° ……..

Autre régime ☐ n° ……..

ADRESSE

……..

Code postal : ……..……Ville : ……..

N° téléphone

☎ Domicile ……..…… ☎ Portable parent 1 ……..

☎ Portable parent 2 ……..

Courriel

Adresse électronique : ……..

Nom
Adresse
n° de téléphone
de L'EMPLOYEUR

Profession parent 1 : ……..

Nom et adresse de l'employeur : ……..

……..

☎ professionnel : ……..

Profession parent 2 : ……..

Nom et adresse de l'employeur : ……..

……..

☎ professionnel : ……..

Frères et sœurs	Nom/prénom : ……..…..…… Date naissance : ……/……/…... Nom/prénom : ……..……..…..…… Date naissance : ……/……/…... Nom/prénom : ……..……..…..…… Date naissance : ……/……/…... Nom/prénom : ……..……..…..…… Date naissance : ……/……/…... L'un de vos enfants est-il porteur d'un handicap ? oui ☐ non ☐

PERSONNE MAJEURE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE SI LES PARENTS NE SONT PAS JOIGNABLES

Nom/Prénom : ……..……..……..……..…… ☎ : ……..……..……

Nom/Prénom : ……..……..……..……..…… ☎ : ……..……..……

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom/Prénom : ……..……..……..…… ☎ : ……

COORDONNEES DES PERSONNES MAJEURES,
HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (munie obligatoirement d'une pièce d'identité)

Nom/P. : ……..……lien avec l'enfant : ……..……..…… ☎ : ……..……..…

Nom/P. : ……..……lien avec l'enfant : ……..…… ☎ : ……..……

Nom/P. : ……..……lien avec l'enfant : ……..……..…… ☎ : ……..……

Nom/P. : ……..……lien avec l'enfant : ……..…… ☎ : ……..……

Nom/P. : ……..……lien avec l'enfant : ……..…… ☎ : ……..……

AUTORISATION PARENTALE DE PRENDRE MON ENFANT EN PHOTO

J'autorise / nous autorisons le personnel de la crèche à prendre mon enfant en photos et à les utiliser dans les supports de communication toute **la durée de son inscription** :

- Internes à la structure (affiche, tract, petit journal...) oui ☐ non ☐
- Externes (presse locale, publication communale, site internet de la Ville, Facebook …) oui ☐ non ☐

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

J'autorise / nous autorisons notre enfant :

- à participer aux sorties organisées par les responsables de la crèche : oui ☐ non ☐
- à être transporté dans le véhicule communal adapté au transport des enfants : oui ☐ non ☐

AUTORISATION DE DIFFUSION A LA CNAF DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL VIA LE MODULE FILOUE

Dans le cadre d'une étude statistique relative aux « publics accueillis dans les EAJE », la CNAF collecte et traite vos données à caractère personnel (lieu de résidence, régime allocataire...) et modalités d'accueil de votre enfant au sein de la crèche (nombre d'heures de présence, facturation...) :

☐ J'accepte la diffusion de mes données personnelles à la CNAF

☐ Je ne souhaite pas que les données personnelles soient transmises à la CNAF

La Cnaf s'engage à ne pas utiliser ces données à des fins autres que statistiques et prendre toutes les mesures pour en assurer la confidentialité.

AUTORISATION D'ACCES AUX REVENUS CONNUS DE LA CAF VIA CDAP OU MSA

Je soussigné(e) Mr et/ou Mme …….. autorise la directrice de la crèche :

- à **consulter mon dossier allocataire CAF ou MSA, sur le site partenaire**, via un accès sécurisé, afin d'accéder au montant de mes revenus déclarés ainsi qu'au nombre d'enfants à charge de ma famille pour le calcul de la participation horaire (les autres informations disponibles dans mon dossier ne pouvant être accessibles sur CDAP et MSA).
- et à conserver un exemplaire de l'édition dans le dossier d'inscription.

Oui ☐ Non ☐

En cas de refus et absence de justificatif de revenus, le tarif plafond sera appliqué

AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Par simplification administrative, le prélèvement automatique est systématiquement mis en place.

En cas de refus explicite de ma part, les factures non prélevées seront à régler auprès du secrétariat de la crèche et je me renseignerais des modalités en vigueur.

☐ Je remplis l'autorisation de prélèvement automatique jointe au dossier et joins le RIB correspondant

DÉMATERIALISATION DES DOCUMENTS DE FACTURATION

(À partir du 1er septembre 2026)

PORTAIL FAMILLE :

Les factures seront déposées sur le portail famille en début de mois.

Mes identifiants me seront transmis par mail à réception du dossier d'inscription de mon enfant.

Je consulterai mes factures en ligne et le cas échéant procéderais au paiement des éventuelles factures non-soldées.

Vos données seront traitées par la mairie de Talmont-Saint-Hilaire en vue de permettre la gestion de l'inscription de votre enfant au sein de la crèche « Les Moussaillons du Payré ». Elles seront conservées le temps de l'inscription de ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de suppression de vos données en vous adressant au secrétariat de la crèche par mail : moussaillons@talmontsainthilaire.fr.

DOSSIER MÉDICAL

L'autorisation parentale ci-dessous doit impérativement être signée. Dans le cas contraire, l'enfant ne pourra être accueilli au sein de la crèche « Les Moussaillons du Payré ».

Je soussigné(e) Mr et/ou Mme ……..……..

1) **autorise la directrice et/ou l'infirmière à :**
   - administrer à mon enfant les médicaments prescrits par le médecin traitant uniquement sur présentation d'une ordonnance en cours de validité ;
   - administrer un traitement antipyrétique en cas de survenue de fièvre et selon le protocole établi
   - appliquer les protocoles médicaux établis par le médecin de l'établissement, consultables sur simple demande.

2) **autorise mon enfant à :**
   - être transporté par les services et autorités compétentes (SAMU, Pompiers…),
   - être hospitalisé
   - être opéré ou anesthésié.

Signature du parent 1 : *Signature du parent 2 :*

INFORMATIONS RELATIVES A L'ENFANT

(allergies, régimes, handicap, maladie chronique, autres…)

Pour que ce dossier soit complet vous devez impérativement fournir les pièces suivantes ***:***

- ☐ Photocopie du livret de famille (parents et enfants)
- ☐ Photocopie des vaccinations **à jour**
- ☐ Certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité
- ☐ **1 flacon** de Doliprane suspension buvable et la prescription médicale valable 1 an en cas d'hyperthermie (Précisant nom, prénom et poids de l'enfant)
- ☐ Numéro d'allocataire CAF, MSA ou autre régime
- ☐ Pour les familles affiliées à un autre régime que CAF ou MSA, la déclaration des revenus N-2 (Avis d'imposition de l'année précédente)
- ☐ Un justificatif de domicile datant de moins de trois mois
- ☐ Une attestation de l'employeur ou entête du bulletin de salaire **pour un accueil régulier**
- ☐ Une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant **votre enfant**
- ☐ Un RIB et l'autorisation de prélèvement si vous optez pour ce mode de paiement
- ☐ En cas de séparation ou divorce des parents, une copie du jugement du tribunal désignant le parent ayant la garde de l'enfant.

Je soussigné(e) Mr et/ou Mme …… certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement en vigueur et m'engage à en respecter les dispositions.

Fait à _____ , le ____ / ____ / ____

Signature du parent 1 : Signature du parent 2 :

Crèche « Les Moussaillons du Payré »
18 bis, rue des Ecoliers – 85440 TALMONT-SAINT-HILAIRE
Tél : 02.51.33.93.42 / moussaillons@talmontsainthilaire.fr