Date de réception

**page1image88824.png**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

*Formulaire à retourner dûment complété à la mairie de Thil*

**1. Information sur l’enfant :**

Nom de famille et prénom : ...................................................................

Sexe: Masculin Féminin

Date de naissance : ............................................................................ (Ou date présumée)

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant ou pédiatre de l’enfant :

………………………………………………………………………………….

Groupe sanguin, allergies, particularités de l’enfant : ...........................

...................................................................................................... ............

Régime alimentaire : .................................................................................

**2. Information sur les parents :**

Nom, prénom du père : .................................................................................

Téléphone portable : ....................................................................................

Nom d’usage, prénom de la mère : ........................................................................

Téléphone portable : ....................................................................................

Situation familiale :.......................................................................................

Adresse domicile : .......................................................................................

(Ou du responsable légal) ......................................................................................................

Téléphone fixe: .................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| page1image90144.png page1image91208.png | **Père** | **Mère** |
| Profession |  |  |
| Adresse  professionnelle |  |  |
| Téléphone  professionnel |  |  |

Nombre d’enfants à charge *(dont en situation de handicap)* : ............................................. Nombre d’enfants à charge de moins de 7 ans *(Préciser le nombre de ceux pour lesquels des frais de garde ont été déclarés sur l’avis d’imposition)* : …………………………………

En cas d’urgence personne à contacter *(Préciser le nom, prénom, n° de téléphone, le lien parenté)* : ........ ........................................................................................................ ................................................................................................................

Personnes autorisées à venir chercher l’enfant à la place des parents :  
1 : Nom/Prénom………………………………………….

N° de téléphone :..................

Lien parenté :................................................  
2 : Nom/Prénom………………………………………….

N° de téléphone :..................

Lien parenté :................................................  
3 : Nom/Prénom………………………………………….

N° de téléphone :..................

Lien parenté :................................................

Régime d’appartenance de la famille *(ou du responsable légal)* :

🞏 Général/Local  
🞏 MSA  
🞏 Militaire

N° Sécurité Sociale du parent de rattachement : ................................................

N° Allocataire CAF : .....................................................................................

**3. Période d’accueil :**

Intégration de l’enfant souhaitée : Mois : ............................Année : ...............

Jours de présence souhaités :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Semaine | LUNDI | page1image91208.png  MARDI  page1image91208.png | page1image91208.png  MERCREDI  page1image91208.png | JEUDI | page1image91208.png page1image90144.png  VENDREDI  page1image91208.png page1image91208.png |
| Matin | de ......... à ........ | de ............ à ........ | de ............ à ........ | de ............. à ........ | de ............ à ........ |
| Après midi | de ......... à ........ | de ............ à ........ | de ............ à ........ | de .............. à ........ | de ........... à ........ |
| Journée | de .......... à ........ | de ............ à ........  page1image91208.png | de ............ à ........  page1image91208.png | de ............. à ........ | de ........... à ........  page1image91208.png page1image90144.png |
| Total Heure |  |  |  |  |  |

Total des heures par semaine

Date : ........................

Signature(s) du (des) parent(s) / du (des) responsable(s) légal (aux) :

*La signature de cette fiche vaut l’acceptation du Règlement Intérieur*

Annexe 1

Pièces justificatives

**Dans tous les cas :**

• Une attestation de paiement et de quotient familial de la CAF mise à jour (de moins d’un mois), ou à défaut le numéro d'allocataire.  
• Un extrait d’acte de naissance (ou le livret de famille).  
• Un justificatif de domicile de moins de 2 mois (l'adresse inscrite sur l’attestation CAF est retenue, et doit être en cohérence avec les éléments déclaratifs).

**D’autres justificatifs sont à joindre, selon la situation de la famille :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Situations** | **Justificatifs à joindre** |
| **Activité professionnelle** : CDI, CDD, intérim, reprise à la fin du congé maternité ou parental, autoentrepreneur... | Pour chaque parent, selon sa situation : - 2 derniers bulletins de salaire - Contrat de travail, si emploi récent - Attestation de l’employeur  - Inscription à la Chambre des Métiers - Extrait d’immatriculation K-bis - Attestation de versement de cotisations à l'URSSAF |
| **Formation** | - Justificatif d’inscription - Convocation à une sélection |
| **Recherche d’emploi** | - Attestation d’inscription à Pôle emploi - Convocations aux RV Pôle emploi |
| **Prévention** | - Demande d’un travailleur social - Évaluation en entretien avec la chargée d’accueil |
| **Socialisation** | - Aucun justificatif supplémentaire |