

NOM : _____ PRENOM(S) : _____ SEXE : M / F L'ENFANT
 DATE DE NAISSANCE : ___/___/_____ LIEU DE NAISSANCE (commune et département) : _____
 OU DATE D'ACCOUCHEMENT PREVUE : ___/___/_____ - Enfant déjà accueilli dans une de nos structures : oui / non

Situation familiale : en couple famille monoparentale

PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

Le responsable légal 1

Père Mère Tuteur(trice), famille d'accueil...
 marié(e) union libre pacsé(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire(e)
 NOM : _____ NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____
 Tel fixe : _____ Tel portable : _____
 Courriel : _____@_____
 N° allocataire : Caf / MSA : _____
 Situation professionnelle : en activité en recherche d'emploi autre, préciser : _____
 Si en activité, préciser : _____
 Employeur : _____ Lieu de travail : _____
 Horaires de travail : _____ Tel. Pro : _____

Le responsable légal 2

Père Mère Tuteur(trice), famille d'accueil...
 marié(e) union libre pacsé(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire(e)
 NOM : _____ NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____
 ADRESSE (si différente): _____
 CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____
 Tel fixe : _____ Tel portable : _____
 Courriel : _____@_____
 N° allocataire : Caf / MSA : _____
 Situation professionnelle : en activité en recherche d'emploi autre, préciser : _____
 Si en activité, préciser : _____
 Employeur : _____ Lieu de travail : _____
 Horaires de travail : _____ Tel. Pro : _____

Nombre de frères et sœurs : _____
 Ages : 1. _____ / 2. _____ / 3. _____ / 4. _____

Frère ou sœur déjà accueilli(s) dans une de ces structures : oui non

Détail de vos besoins d'accueil :

Date d'entrée souhaitée dans la structure : _____ / _____ / _____

Détail de vos besoins prévisionnels d'accueil (possible en demi-journées ou journées complètes, de 1 à 5 jours)

Si besoins réguliers :

Jour d'accueil	Arrivée (ouverture à 7h30)	Départ (fermeture à 18h30)
Lundi		
Mardi		
mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

Si besoins variables, selon les semaines : merci de préciser le rythme et les horaires :

Elément(s) complémentaire(s) à prendre en compte (santé de l'enfant, contexte familial ...) : :

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Je soussigné.e.....		
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'engage à signaler tout changement de situation (emploi, naissance, déménagement ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise les services de la Communauté de communes de la Forêt à se connecter au service de consultation Caf Mon-compte partenaire afin d'obtenir le montant de mes revenus déclarés en année N-2 (nécessaire pour la calcul de la tarification en crèche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait le :		
Signature :		

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la CCF en sa qualité de responsables de traitement, pour l'organisation des services petite enfance. La base légale de ce traitement est l'exécution contractuelle. Vos données sont conservées pendant toute la durée légale, sauf indication contraire de votre part, sont destinées service petite enfance et sont hébergées en France. Conformément à la loi 78-17 "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD (Règlement général sur la protection des données), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, demander leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime, retirer votre consentement en nous contactant par courrier à Communauté de Communes de la Forêt DPO- Service enfance 15 rue du Mail Est 45170 Neuville-Aux-Bois . Si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Cnil à l'adresse <https://www.cnil.fr/plaintes>.