VILLE DE
BELIN-BELIET
AU PAYS D'ALIÉNOR

Pôle Petite Enfance, Enfance Jeunesse
Relais Petite Enfance



DOSSIER DE PREINSCRIPTION MULTI-ACCUEIL
ACCUEIL REGULIER

L'équipe municipale réaffirme son ambition éducative. Il s'agit toujours de mettre l'enfant au centre de nos projets éducatifs, dans la perspective d'autonomie et de plaisir partagé avec des valeurs communes à l'ensemble de nos structures petite enfance, enfance et jeunesse :

- Respect de l'enfant et de sa famille,
- Accueil de l'enfant et de sa famille comme acteur de son éducation et de son évolution,
- Plaisir partagé est transmis dans les différents accompagnements éducatifs.

HORAIRES D'OUVERTURE ET DE FERMETURE DU MULTI-ACCUEIL

- Ouverture : Du lundi au vendredi: de 7h30 à 18h30
- Fermeture : les jours fériés, les 3 premières semaines d'août + journée pédagogique et 1 semaine à Noël

MODALITE D'INSCRIPTION POUR L'ACCUEIL REGULIER

Un dossier de préinscription est à compléter et à remettre à la Responsable de l'offre d'accueil Petite Enfance au Relais Parents Assistants Maternels (RPE) - 2 rue des écoles
Lundi : 9h/18h, le mardi : 12h/17h, le jeudi : 9h/15h30 et le vendredi : 12h/17h
05 56 88 23 72 / rpeleslucioles@belin-beliet.fr

Les admissions seront prononcées après avis de la commission d'attribution des places. L'avis de la commission sera notifié par courrier.

- Dans le cas d'un avis favorable, la famille devra confirmer l'inscription définitive de l'enfant auprès de la Directrice du Multi-Accueil 10 jours ouvrés suivant la réception du courrier
- Dans le cas d'un avis défavorable, la famille peut maintenir sa demande auprès du RPE. Le dossier sera alors sur la liste d'attente. En cas de désistement d'une famille, les familles dont le dossier de pré-inscription est en liste d'attente sont recontactées.

En l'absence de confirmation, l'inscription sera considérée comme annulée.

DOCUMENTS A FOURNIR AU SERVICE OFFRE ACCUEIL PETITE ENFANCE (OAPE)

☐ Le dossier complété,
☐ La photocopie du livret de famille,
☐ Le justificatif de domicile,
☐ L'attestation d'assurance responsabilité civile de l'année d'accueil en cours,
☐ L'attestation d'assurance individuelle accident de l'année d'accueil en cours,
☐ La photocopie des vaccinations ou un certificat de vaccination
☐ En cas de séparation, l'attestation du jugement pour la garde de l'enfant,
☐ La photocopie d'avis d'imposition du foyer sur les revenus N-2 pour les non allocataires CAF et MSA ou pour les familles n'ayant pas transmis leurs revenus à ces deux organismes,

Pour l'inscription définitive

☐ 3 photos de votre enfant (format carte postale) + 1 photo de famille
☐ Le certificat médical d'aptitude à vivre en collectivité et de non contagion + ordonnance du médecin pour autoriser l'administration du paracétamol,
☐ Coupon approbation du règlement intérieur

DOSSIER PRE-INSCRIPTION MULTI-ACCUEIL
«Les Pignots»
ACCUEIL REGULIER

Date

Prénom et NOM de l'enfant :

Date de naissance : **Date prévue de l'accouchement :**

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE 1 - (destinataire de la facturation)

Mère : ☐ **Père :** ☐

Autre Responsable légal : ☐ **Autorité parentale** : oui ☐ non ☐

Personne physique ou morale - Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales

Nom de famille : **Nom d'usage** :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Courriel : @

Tel. mobile: **Tel. travail:**

Profession : **Lieu de travail :**

RESPONSABLE 2

Mère : ☐ **Père :** ☐

Autre Responsable légal : ☐ **Autorité parentale** : oui ☐ non ☐

Personne physique ou morale - Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Courriel : @

Tel. mobile: **Tel. travail:**

Profession : **Lieu de travail :**

Nom de l'allocataire:

n° CAF GIRONDE : n° MSA

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Je soussigné(e) Mme, M. représentant l'égal de l'enfant

☐ N'autorise aucune autre personne à venir chercher l'enfant.

☐ Autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant en cas d'indisponibilité de ma part :

Toute personne autorisée à venir chercher l'enfant, doit être majeure et doit se présenter munie d'une pièce d'identité.

Nom prénom	Lien de parenté	Adresse	Tél.
	Choisissez un élément		
	Choisissez un élément		
	Choisissez un élément		
	Choisissez un élément		

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MEDECIN TRAITANT : **Tel.**

Adresse :

ALLERGIE /INTOLERANCE

Asthme : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

Alimentaire : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

Médicamenteuse : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

Autres : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

Votre enfant porte-t-il ?

des prothèses auditives : oui ☐ non ☐ **des lunettes : oui ☐ non ☐**

des lentilles : oui ☐ non ☐ **des prothèses dentaires : oui ☐ non**

Autres : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

DIVERS

Indiquez ici les difficultés de santé de votre enfant et la conduite à tenir (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Aucun médicament ne pourra être administré sauf dans la cadre d'un P.A.I.

AUTORISATIONS PARENTALES

oui ☐ non ☐	autorise mon enfant à participer aux activités extérieures
oui ☐ non ☐	l'autorise mon enfant à se déplacer en bus
oui ☐ non ☐	autorise l'équipe du multi-accueil à filmer et à photographier mon enfant
oui ☐ non ☐	autorise à insérer des photos de mon/notre enfant dans la gazette éditée par le multi- accueil « les Pignots » dont la diffusion se fera par mail à destination de toutes les familles accueillies et de l'équipe
oui ☐ non ☐	autorise la direction à prendre les mesures nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale) en cas d'accident si **Non** : En cas d'absence des parents, j'autorise M. ou Mme à prendre les mesures nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale) en cas d'accident.
oui ☐ non ☐	autorise les membres de l'équipe du multi-accueil à administrer du paracétamol (doliprane) en cas de température selon l'ordonnance établi par mon médecin traitant ou mon pédiatre fourni lors de l'inscription définitive. Je m'engage à signaler toute variation pondérale et toute prise de médicament dans les 6 heures précédant l'arrivée de l'enfant au sein du multi-accueil
oui ☐ non ☐	autorise la direction du multi-accueil à utiliser la Consultation des Dossiers Allocataires CAF pour les Partenaires (CDAP) ou MSA PRO pour la mise à jour de votre dossier (ressortissants CAF et MSA)
oui ☐ non ☐	accepte que des données à caractère personnel soient transmises à la Cnaf à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les Eaje.

Je soussigné,

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription

Signature

CETTE FICHE NE VAUT PAS POUR INSCRIPTION

Temps d'accueil hebdomadaire de l'enfant souhaité par la famille :

JOURS / HORAIRES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Horaires de Présence	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h
Nombre d'heures de présence journalière	h	h	h	h	h

A compléter en cas de résidence alternée (l'autre parent)

JOURS / HORAIRES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Horaires de Présence	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h
Nombre d'heures de présence journalière	h	h	h	h	h

Toutes modifications inférieures à 15% de la demande initiale ne seront pas prises en compte lors de la finalisation de l'inscription.

Inscription souhaitée à partir de :

Votre enfant sera-t-il présent pendant les vacances scolaires : ☐ oui ☐ non

REMARQUE :

Je soussigné atteste de l'exactitude de ma demande.

Fait à BELIN-BELIET, le 2025

Signatures

VILLE DE
BELIN-BELIET
AU PAYS D'ALIÉNOR

Pôle Petite Enfance, Enfance Jeunesse
Relais Petite Enfance

APPROBATION DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

DU MULTI-ACCUEIL « LES PIGNOTS »

Je soussigné(e), Mme, M.

Responsable légal de l'enfant:

Certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du multi-accueil «Les Pignots» et m'engage à le respecter.

À Belin-Beliet, le :

Signature(s) :