



N° Dossier : .....

**Future : Petite Crèche Graines d'Avenir**  
**7 rue de l'Avenir - 42570 SAINT HEAND**

Bureau : Jardin d'enfants, 25 Boulevard Ravel de Malval à St Héand  
[jardindenfants@saint-heand.fr](mailto:jardindenfants@saint-heand.fr)

 **04.77.30.04.74. / 06.27.88.70.60.**



**Dossier de pré-  
inscription**

**Date de demande :** \_\_\_\_\_

**Le dépôt de ce dossier ne vaut pas inscription.**

**Une réponse vous sera faite par écrit, puis un rdv vous sera proposé  
par la directrice afin de finaliser l'inscription.**

# Composition du foyer

Cordonnées à utiliser lors des échanges avec la famille

## Adulte 1

**Lien de parenté avec l'enfant :**  père  mère  autre représentant légal

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

N° Sécurité Sociale / MSA : .....

Adresse complète : .....

.....

Portable : ..... : Autre : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Téléphone travail : .....

## Adulte 2

**Lien de parenté avec l'enfant :**  père  mère  autre représentant légal

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

N° Sécurité Sociale / MSA : .....

Adresse complète si différente de l'Adulte 1 :

.....

.....

Portable : ..... Autre : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Téléphone travail : .....

**Adresse(s) mail qui gère(nt) la correspondance avec la structure :**

Adulte 1 : .....

Adulte 2 : .....

**Ou le cas échéant, organismes de tutelle**

Nom de la structure : .....

Téléphone du professionnel : ...../ portable : .....

Courriel : .....

Adresse complète :

.....

.....

.....

**Situation familiale :**

- Célibataire  Mariée  Divorcée / Séparée  
 Veuve / Veuf  Vie maritale  Pacsée

# J'inscris mon enfant.

Je souhaite préinscrire mon enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... Ou ☞ ☐ à naître, mois prévu : ...../.....

Date d'entrée souhaitée :

.....

Horaires d'accueil souhaités :

Jour	Période scolaire	Période vacances scolaires
Lundi	De.....à..... heures	De.....à..... heures
Mardi	De.....à..... heures	De.....à..... heures
Mercredi	De.....à..... heures	De.....à..... heures
Jeudi	De.....à..... heures	De.....à..... heures
Vendredi	De.....à..... heures	De.....à..... heures

**Ou**

**Horaires atypiques.** Merci de préciser les modalités / joindre une annexe avec le roulement des semaines :

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

- L'enfant bénéficiait-il déjà d'un mode de garde ? :  OUI  NON

Si oui, précisez lequel et les raisons du changement :

.....  
.....

- L'un des enfants du foyer est-il en situation de handicap ou atteint d'une maladie chronique ? *Fournir un justificatif (notification de la MDPH ou carte d'invalidité)*  
 oui  non
- L'un de vos enfants fréquente-t-il déjà une structure sur la commune de St Héand ?  
 oui  non

## Les autorisations.

l'accepte que (cocher ce que vous autorisez).

le personnel sorte votre enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe (médiathèque, école maternelle, relais assistant maternel, gymnase...).

le personnel prend des photographies et des vidéos de votre enfant.

la direction consulte votre dossier allocataire CAF / MSA afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières;

le personnel administre à votre enfant un antipyrétique (paracétamol) en cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5°C selon le protocole établi par le médecin de l'établissement;

le personnel administre à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation d'une ordonnance (date, poids de l'enfant, même nom des médicaments entre l'ordonnance et ceux apportés).

le personnel prend les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de votre enfant (hospitalisation, SAMU, pompiers).

# Je désigne les personnes autorisées à reprendre l'enfant :

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Adresse	N° de téléphone

- J'autorise les personnes désignées\* ci-dessus à prendre en charge l'enfant (*nom prénom*) à sa sortie de la structure.
- J'exonère le gestionnaire de la structure de toute responsabilité sur cet enfant après son départ de l'établissement  
*Si personne de moins de 18 ans, voir avec la directrice pour la démarche administrative.*  
*(A adapter en fonction de la (des) personne(s) exerçant l'autorité parentale)*

Fait à ....., le .....

Signature du père de l'enfant, de la mère de l'enfant, du tuteur de l'enfant

Merci de signaler toutes modifications familiales, professionnelles...

ce qui peut avoir des conséquences sur :

- la facturation,
- les personnes autorisées ou non à récupérer votre enfant,
- les coordonnées postales...

# Éléments nécessaires au calcul du **tarif**

## horaire

○ **Vous êtes affilié à la CAF** (caisse d'allocations familiales) :

CAF Loire                       Autre CAF

- Vous êtes affiliés à la CAF de la Loire : pour simplifier vos démarches, vous êtes invité(e) à autoriser la Petite Crèche de St Héand par consultation de la base allocataire via le site de la CAF partenaire.
- Autorisez-vous le jardin d'enfant à consulter le site pour obtenir vos revenus ?  
 Oui, indiquez votre numéro allocataire : .....                       Non

○ **Vous êtes affilié à la MSA** (Mutualité Sociale Agricole) :

- Vous êtes affilié à la MSA de la Loire : pour simplifier vos démarches, vous êtes invité(e) à autoriser la Petite Crèche de St Héand par consultation de la base allocataire via le site de la MSA partenaire.
- Autorisez-vous la Petite Crèche à consulter le site pour obtenir vos revenus ?  
 Oui, indiquez votre numéro sécurité sociale : .....  
 Non

○ **Vous êtes affilié à un autre organisme** :

Précisez lequel : .....

(Cf. pièces justificatives à fournir)

○ **Vous n'êtes affilié(e) à aucun organisme** : Merci de fournir un avis d'imposition ou de non-imposition de l'année N-1 sur les revenus N-2 (ex : à compter du 01/01/24 : avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022).

○ **Vous ne souhaitez fournir aucun justificatif de ressources** : le tarif maximum sera appliqué.

## *Adresse de facturation*

Adulte 1                       Adulte 2                       Organisme de tutelle                       Autre

**Si « Autre » :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

# La participation familiale

## Document à remplir lors du rdv avec la responsable

Montant des ressources plancher et plafond à retenir pour le montant de la participation familiale

Barèmes en vigueur du 1 <sup>er</sup> janvier 2024 au 31 décembre 2024	Montant mensuel
Plancher de ressources PSU	765,77 €
Plafond de ressources PSU	6 000,00 €

### Calcul de la participation horaire des familles

#### A- Détermination de la base ressources

Base annuelle de ressources indiquée sur CAFPRO/MSA lors de la consultation du \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

€ /12 =  €

- ✓ Si cette somme est inférieure au montant plancher reporter 765,77 €
  - ✓ Si cette somme est supérieure au montant plafond reporter 6 000 €.
- Dans les autres cas, reporter la somme exacte arrondie à l'€uro le plus proche.

#### B - Détermination du taux d'effort à appliquer :

€

Nombre d'enfants à charge	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 à 7 enfants	8 à 10 enfants
Taux d'effort par heure facturée en accueil collectif	0,0619%	0,0516%	0,0413%	0,0310%	0,0206%

X

La présence dans la famille d'un enfant en situation de handicap (bénéficiaire de l'Aeeh) à charge de la famille (même si ce n'est pas ce dernier qui est accueilli au sein de l'établissement) permet d'appliquer le tarif immédiatement inférieur<sup>(1)</sup>.

%

Participation familiale horaire

=

€

Montant de la participation moyenne constatée pour la structure de l'année 2024 est de 2,05 €/h.

<sup>1</sup> Par exemple, une famille de deux enfants, dont un est porteur d'un handicap, bénéficie du tarif applicable à une famille de trois enfants.



# Les pièces justificatives

- **Dossier de pré-inscription : Pièces à fournir lors du dépôt en main propre ou par mail en format PDF**
  - Le règlement intérieur complété, accepté et signé (dernière page du règlement à rendre seulement).
  - Le dossier d'inscription dûment complété et signé.
  - Un document indiquant votre numéro d'allocataire de la CAF ou de la MSA (ex : attestation coefficient familial...)
  - Une copie du livret de famille complet : parents et enfant(s) ou un justificatif de reconnaissance de l'enfant.
  - Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois.
- **Finalisation de l'inscription : pièces à fournir obligatoirement lors du rdv avec la directrice**
  - Une attestation d'assurance responsabilité civile précisant le nom de l'enfant. (Document à renouveler à chaque échéance).
  - Les pages de vaccinations du carnet de santé.
  - Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité et attestant que l'enfant est à jour de ses vaccinations (voir modèle en dernière page).
  - Une ordonnance pour un antipyrétique.
  - Dans le cas d'une garde partagée : un certificat d'autorité parentale conjointe le cas échéant.
  - Courrier MDPH pour une AEEH ou autre document du « bilan intervention précoce »

**TOUT MANQUEMENT DE DOCUMENT ENTRAINE  
UN DECALAGE DE LA DATE D'ENTREE DE VOTRE ENFANT**

## **Cadre réservé à la direction**

Dossier reçu le ..... par .....

Enregistré sur Noé le..... par .....

Contrat édité le .....

## **Fiche comptable**

Tarif horaires applicable lors de l'inscription : .....

Date de consultation du fichier allocataire CAF / MSA : .....

## **Dates des familiarisations (rappel les 2 premières heures sont gratuites) :**

.....

.....

.....

.....

.....



## CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION

Je soussigné, Dr....., Médecin Généraliste / Pédiatre, certifie que l'enfant..... né(e) le..... :

- Son état de santé ne contre indique pas la vie en collectivité.
- Est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi au vu de son carnet de santé.
- Ne présente pas d'affection chronique ou autre problème de santé nécessitant la prise régulière d'un traitement ou une attention particulière de la part du personnel de l'établissement d'accueil.
- Ne présente aucune allergie ou contre-indication alimentaire connue.

Fait à ..... Le .....

*Cachet et signature du médecin*

**NB :** En cas de handicap, affection chronique ou tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être mis en place. Merci de faire une demande à la responsable de la structure.