



Date d'enregistrement :

Famille :

Enfant :

Date de naissance :

Date d'accueil souhaité :

Cadre réservé à l'administration

DEMANDE DE PRÉ-INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT



Dossier **COMPLET** à déposer au :

RELAIS PETITE ENFANCE

Mme ELIAS Cécile
Mme MARS Cassandra
5 impasse des Daims
31880 LA SALVETAT ST GILLES
05.34.52.98.96
rpe@lasalvetat31.com

Sur RDV

Les mardis de 17h à 19h
Les mercredis de 14h à 17h
Les vendredis de 14h à 16h

ATTENTION

Afin de maintenir votre inscription sur liste d'attente, des coupons de confirmation sont à :

- Retourner par mail : rpe@lasalvetat31.com
- Déposer à la Maison Petite Enfance ou à l'accueil de la mairie

Avant le 15 des mois de janvier, mars, juillet et octobre jusqu'à l'obtention d'une place ou lorsque vous aurez trouvé un mode d'accueil pour votre enfant qui vous conviendra



Point Infos Petite Enfance

Réunions d'informations sur les modes d'accueil fixées au :

Mardi 4 mars 2025 à 18h00

Tous les parents intéressés par un mode d'accueil peuvent y participer. N'oubliez pas de vous inscrire au 05 34 52 98 96 ou par mail : rpe@lasalvetat31.com

1- RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Merci de nous prévenir de tous changements dans votre situation

Responsable 1 : M. Mme

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Tél portable :

Adresse Email@.....

Marié(e)/ Pacsé(e) vie maritale célibataire

Profession :

Nom de l'Employeur :

En recherche d'emploi : oui non

Etudiant : oui non

Tél prof :

Horaire de travail :

Congé parental : oui non envisagé

Si oui : plein temps temps partiel
Quand reprendriez-vous votre activité
professionnelle ?

Si envisagé : plein temps temps partiel
Quand ?

Responsable 2 : M. Mme

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Tél portable :

Adresse Email@.....

Marié(e)/ Pacsé(e) vie maritale célibataire

Profession :

Nom de l'Employeur :

En recherche d'emploi : oui non

Etudiant : oui non

Tél prof :

Horaire de travail :

Congé parental : oui non envisagé

Si oui : plein temps temps partiel
Quand reprendriez-vous votre activité
professionnelle ?

Si envisagé : plein temps temps partiel
Quand ?

- Nombre d'enfant(s) à charge (**autre(s) que celui de cette inscription**) :

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Année de naissance			
Structure d'Accueil			

- Y a-t-il un membre de la famille en situation de handicap ? Merci de nous faire parvenir un **justificatif**
Si oui lequel ?

- Dans le cas d'une arrivée en provenance d'une commune hors territoire de la Communauté de communes :

Date d'arrivée sur La Salvetat St-Gilles :

Adresse :

→ Merci de nous faire parvenir un **justificatif de domicile** dès votre emménagement sur la commune afin de mettre à jour votre dossier.

- N° allocataire CAF :

Nous autorisons le service Petite Enfance à accéder à notre dossier CAF par l'intermédiaire de CDAP (anciennement Cafpro)

Nous autorisons le RPE à utiliser votre adresse mail pour nous envoyer des informations concernant : notre demande, des actions relevant du champ de la Petite Enfance

2- RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT A INSCRIRE

- ❖ Enfant(s) déjà né(s) : **Joindre un acte de naissance et justificatif de domicile**

Nom :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

- ❖ Enfant à naître : **Joindre un justificatif de grossesse et justificatif de domicile**

Date présumée de naissance :

3- CHOIX DES STRUCTURES D'ACCUEIL

Numéroter dans l'ordre de votre choix :

STRUCTURES	HORAIRES D'ACCUEIL DES ENFANTS	CHOIX	INDIFFERENT
Multi Accueil « Caramel et Nougatine » 05.61.86.00.25	7h30 – 18h15		
Micro crèche « Chapi Chapo » 05.34.52.47.95	7h30 - 18h15		
Crèche Familiale « La Farandole » 05.61.86.97.64	7h30 – 18h30		

4- CHOIX DES JOURS DE PRESENCE

JOURS	AMPLITUDE HORAIRES SOUHAITEE (maximum 10h/j)
LUNDI	
MARDI	
MERCREDI	
JEUDI	
VENDREDI	

ACCUEIL OCCASIONNEL :

En cas de non-obtention de vos souhaits, souhaiteriez-vous être contacté ponctuellement par les crèches afin que votre enfant soit accueilli occasionnellement ?

oui non

5- DATE D'ACCUEIL SOUHAITÉ

.....
(A renseigner obligatoirement)

6- RENSEIGNEMENT(S) COMPLEMENTAIRE(S)

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

Date : Signature :

Ce document ne vaut pas admission, il permet au Service Petite Enfance de placer votre demande sur liste d'attente en attendant qu'une place correspondant à tous vos critères (âge de l'enfant, nombre de jours, structure choisie...) soit libérée.

COUPONS DE CONFIRMATION

Année

Janvier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>