



pays d'oise  
d'HALATTE  
communauté de communes

**NOUVEAU DOSSIER  
DOCUMENTS À FOURNIR PHOTOCOPIÉS**

**Fiche de renseignements FAMILLE**

Avis d'imposition **2017** sur les revenus de l'année **2016** (M. et Mme) **RECTO/VERSO**

Pièce d'identité : (M. et Mme)

- Carte d'identité nationale recto-verso
- Ou passeport
- Ou titre de séjour
- Ou acte intégrale de naissance (- de 3 mois)

Livret de famille **complet**

Jugement de divorce précisant les droits de pension alimentaire et de garde de l'enfant

Attestation sur l'honneur pour les personnes vivant seules et touchant ou pas une pension alimentaire

Contrat de travail ou attestation employeur, formation et/ou extrait KBIS (M. et Mme)  
3 derniers bulletins de salaire (M. et Mme)

Justificatif de domicile de moins de 3 mois

**Fiche de renseignements ENFANT**

Attestation d'assurance 2018 / 2019 « responsabilité civile et individuelle accident » au nom de l'enfant

Pages vaccins du carnet de santé **(lisibles et à jour)**

Photo récente de l'enfant

Acte de naissance de l'enfant

P.A.I = Programme d'Accueil Individualisé

coupon du RÈGLEMENT INTÉRIEUR SIGNÉ

Ordonnance d'antipyrétique au nom de l'enfant

Certificat médical d'aptitude à la collectivité



**COUPON RÉPONSE**  
**Règlement de fonctionnement des crèches**  
**de la Communauté de Communes des Pays d'Oise et d'Halatte**

Je soussigné(s) \_\_\_\_\_

Parent(s) de l'enfant \_\_\_\_\_

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des crèches de la Communauté de Communes des Pays d'Oise et d'Halatte n° 58817 du 09/11/2017.

Et m'engage à le respecter dans son intégralité et sans réserve,

M'engage à signaler tout changement de situation (professionnel ou familial).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature :**



**PÔLE  
SERVICES**

## Service Petite Enfance Fiche de renseignements FAMILLE PRE-INSCRIPTION

Dossier reçu le :

N° dossier	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> BEAU-PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> BELLE-MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE
Situation des parents	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	
Nom		
Prénom		
Adresse complète		
Tél. portable		
Tél. domicile		
Tél. travail		
@ Mail		
Profession		
Employeur Nom et adresse		
<input type="checkbox"/> N°CAF <input type="checkbox"/> MSA		
Nombre d'enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____	

### Les enfants à charge

Nom	Prénom	Date de naissance

# Mode d'accueil souhaité

Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de Naissance ou d'Accouchement (\*) : \_\_\_\_\_ (\*) rayer la mention inutile

Nom et Prénom du responsable légal : \_\_\_\_\_

**Numérotez vos choix par ordre de préférence**

<input type="checkbox"/> <b>RIBAMBELLE</b> 50 rue Ampère 60700 Pont-Sainte-Maxence du Lundi au Vendredi de 7 h à 19 h	<input type="checkbox"/> <b>PIROUETTE CACAHUÈTE</b> 2 rue Salvador Allende 60700 Pont-Sainte-Maxence du Lundi au Vendredi de 7 h à 19 h
<input type="checkbox"/> <b>LES MARIONNETTES</b> 214 rue des Écoles 60700 Pontpoint du Lundi au Vendredi de 7 h à 19 h	<input type="checkbox"/> <b>LES GRENOUILLES</b> 4 Allée du Vieil Étang 60550 Verneuil-en-Halatte Du Lundi au Vendredi de 8 h à 18 h
<input type="checkbox"/> <b>CRÈCHE FAMILIALE</b> 1 place Le Châtelier 60700 Pont-Sainte-Maxence du Lundi au Vendredi de 7 h à 19 h	<input type="checkbox"/> <b>LES MARSUPIOTS</b> 1 place Le Châtelier 60700 Pont-Sainte-Maxence Lundi à Rieux, Mardi à Monceaux, Jeudi à Sacy-le-Petit, Vendredi à Villeneuve sur Verberie de 9 h à 17 h

Avez-vous un moyen de transport?     Oui     Non

## Contrat d'accueil (à compléter pour un accueil régulier uniquement)

	PLANNING Prévisible	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total heures
<b>SEMAINE 1</b>	Lundi			
	Mardi			
	Mercredi			
	Jeudi			
	Vendredi			
<b>SEMAINE 2</b>	Lundi			
	Mardi			
	Mercredi			
	Jeudi			
	Vendredi			
<b>TOTAL</b>				

Nombre de jours d'absences dans l'année (RTT, congés annuels)

PLANNING IRREGULIER (non prévisible)	Nombre de jours/mois	Nombre d'heures/mois

**LES SIGNATAIRES CERTIFIENT L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS**

<p style="text-align: center;"><b>Accueil OCCASIONNEL</b></p> Date d'entrée souhaitée / ____ / ____ / ____ / Accueil en fonction des places disponibles	<p style="text-align: center;"><b>Accueil RÉGULIER</b></p> Date d'entrée souhaitée : / ____ / ____ / ____ / <b>ATTENTION:</b> Cette date sera prise en compte à la Commission.
--	---





**Signatures des responsables légaux obligatoires :**



## Fiche renseignements FAMILLE

**Enfance :** Péri scolaire  Mercredis  Vacances

**Petite Enfance**

N° dossier	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> BEAU-PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> BELLE-MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE
Situation des parents	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	
Nom		
Prénom		
 Adresse complète		
 Tél. portable		
 Tél. domicile		
 Tél. travail		
@ Courriel		
Profession		
Employeur Nom et adresse		
<input type="checkbox"/> Numéro CAF ( caisse d'allocation familiale ) : _____		
<input type="checkbox"/> Numéro MSA ( Mutuelle sociale agricole ) : _____		
Nombre d'enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____	

### Les enfants à charge

Nom	Prénom	Date de naissance

**CE DOCUMENT NE FAIT PAS OFFICE DE RÉSERVATION**

# Règlement de Fonctionnement

Nous soussignés \_\_\_\_\_

- ◆ Nous engageons à respecter le règlement intérieur des accueils de mineurs à caractère éducatif de la CCPOH.
- ◆ Nous engageons à signaler tout changement de situation (adresse, emploi, n° de téléphone...),
- ◆ Nous engageons à fournir tous documents administratifs nécessaires à la mise à jour de mon dossier,
- ◆ Nous engageons à respecter le paiement des prestations utilisées,

## Autorisation de consultation du site CAFPRO

Autorisons la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

OUI     NON

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mention « lu et approuvé »  
Signature des représentants légaux

Les accueils de loisirs (périscolaire, mercredis loisirs et vacances) ont un nombre de places limité par commune.

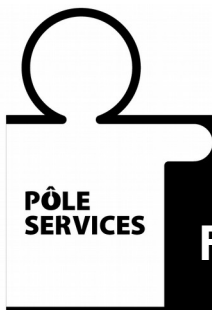
Il s'agit d'un service facultatif proposé par la CCPOH

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la CCPOH – Pôle services intercommunal 1 place le Châtelier 60700 Pont-Sainte-Maxence

## **Pôle services intercommunal**

1 Place Le Châtelier - BP 40256  
60700 Pont-Sainte-Maxence  
Tél. 03 44 29 48 80  
Fax. 03 44 29 48 79  
Mail : poleservices@ccpoh.fr





# Service Petite Enfance

## Fiche de renseignements ENFANT

Dossier reçu le :

Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Sexe :  Fille   Garçon 

Adresse : \_\_\_\_\_

CAF n° \_\_\_\_\_  MSA \_\_\_\_\_

	PÈRE	MÈRE
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. portable		
Tél. domicile		
Tél. travail		
@ Mail		
Personne à contacter en cas d'urgence		

NOM de la Structure : \_\_\_\_\_  Régulier  Occasionnel

Nous soussignés,  
Autorisons les personnes citées ci-dessous (personne de plus de 18 ans) à venir chercher notre enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Adresse

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / mention « lu et approuvé »  
Signature des représentants légaux

# Autorisations parentales

Autorisons notre enfant à participer à des sorties et ateliers organisés par la structure.

OUI

NON

Autorisons le personnel de la CCPOH à transporter notre enfant en véhicule (bus ou navette) dans le cadre des activités mises en place par le service Petite Enfance.

OUI

NON

Autorisons la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants :

Publication dans le magazine intercommunal, documents destinés à promouvoir le service et la CCPOH en général, exposition photos dans le cadre des fêtes de fin d'année, anniversaire des enfants..., site internet de la CCPOH, promotion du service et de ses activités dans la presse quotidienne régionale

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vue ne seront pas exploitées dans un but commercial.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI

NON

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et s'engageons à respecter toutes les clauses.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ mention «lu et approuvé» **Signature des représentants légaux**

## Renseignements médicaux



**Joindre une photocopie lisible des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant.**

**Médecin traitant de l'enfant** \_\_\_\_\_ **N° de Tél :** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

Nous soussignés, Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

**Autorisons** le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant :

**Déchargeons** la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital

**Autorisons** l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

**Nous engageons** à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

**Autorisons** le personnel de la structure à administrer, sous notre responsabilité :

- En cas de maladie de mon enfant, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre, les antipyrétiques selon la prescription du médecin traitant et (ou) selon le protocole établi par le médecin de la structure.
- D'appliquer une pommade sur le siège de mon enfant et de la crème solaire en cas de nécessité.

**Nous engageons** à fournir à l'inscription, une ordonnance d'antipyrétique selon la prescription du médecin traitant, à renouveler tous les 6 mois.

**Certifions** n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ mention « lu et approuvé » **Signature des représentants légaux**

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la CCPOH – Pôle services intercommunal 1 place Le Châtelier 60700 Pont-Sainte-Maxence

### Pôle services intercommunal

1 Place Le Châtelier - BP 40256  
60700 Pont-Sainte-Maxence  
Tél. 03 44 29 48 80  
Fax. 03 44 29 48 79  
Mail : poleservices@ccpoh.fr

