



**Date d'enregistrement :**

**Famille :**

**Enfant :**

**Date de naissance :**

*Cadre réservé à l'administration*

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



Dossier **COMPLET** à déposer à la :

## **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 14h à 16h  
Les mercredis de 14h à 17h  
Les jeudis de 17h à 19h  
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](mailto: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***



### **Point Infos Petite Enfance**

Les réunions d'information sur les modes d'accueil sont fixées au :

**Mardi 17 octobre 2023 à 18h00**  
**Mardi 05 mars 2024 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.

# 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	

## 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.  
Aucune caution ne vous sera demandée lors de la préinscription.*

*Cadre réservé à l'administration*

**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"/>