

Date de réception de la demande de pré-inscription : ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____

Date souhaitée d'accueil : ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____

Nom : Prénom :

Né(e) le : ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____ À :

Ou date de naissance prévue : ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____

- PARENT 1 -

Nom & Prénom :

Adresse :

.....

.....

Fixe :

Portable :

Email : @

En activité

Sans activité

Étudiant·e, recherche d'emploi, insertion professionnelle (formation, stage, ...)

Profession :

Employeur :

Adresse de l'employeur (commune) :

.....

-PARENT 2

Nom & Prénom :

Adresse :

.....

.....

Fixe :

Portable :

Email : @

En activité

Sans activité

Étudiant·e, recherche d'emploi, insertion professionnelle (formation, stage, ...)

Profession :

Employeur :

Adresse de l'employeur (commune) :

.....

- SITUATION FAMILIALE -

mariés pacsés divorcés séparés célibataire veuf

Nbre d'enfant(s) à charge :

Nbre d'enfant(s) AEEH :

- RÉGIME D'APPARTENANCE -

Régime général CAF (n° allocataire) :

MSA (n° MSA) :

Un de vos enfants a-t-il déjà été accueilli à Tom Pouce : oui non

- TYPE D'ACCUEIL SOUHAITÉ-

Régulier (un ou plusieurs jours ou demi-journées, toujours les mêmes dans la semaine. Cet accueil fera l'objet d'un contrat)

Occasionnel (vos besoins d'accueil sont ponctuels)

Urgence (si vous rencontrez des difficultés de garde imprévisibles – ex : absence de votre assistante maternelle)

- JOURS D'ACCUEIL SOUHAITÉS -

<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi
De ..h.. à ...h...	De ..h.. à ...h...	De ..h.. à ...h...	De ..h.. à ...h...
Soit.....h/jour	Soit.....h/jour	Soit.....h/jour	Soit.....h/jour
.....h/ SEMAINE	h / MOIS	

(Semaine 2 - à compléter si planning tournant sur 15 jours)

<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi
De ..h.. à ...h...	De ..h.. à ...h...	De ..h.. à ...h...	De ..h.. à ...h...
Soit.....h/jour	Soit.....h/jour	Soit.....h/jour	Soit.....h/jour
.....h/ SEMAINE	h / MOIS	

- COMMENTAIRES / PRECISIONS – ex : besoins spécifiques de l'enfant, situations particulières : formation professionnelle, précarité du logement, autre situation familiale ou de l'enfant que vous souhaitez préciser, ...

.....

.....

.....

.....

- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES -

.....

.....

.....

.....

Fait à

Le __ / __ / ____

Signature

Date souhaitée d'accueil : ____ / ____ / ____

Nom : Prénom :

Né(e) le : ____ / ____ / ____ À :

Ou date de naissance prévue : ____ / ____ / ____

Pointage parent(s)	Vérification Tom Pouce
-----------------------	---------------------------

- PIÈCES À FOURNIR pour LE DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION -			
1	Dossier de pré-inscription complété et signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Document attestant du quotient familial (CAF / MSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Photocopie de la pièce d'identité de chaque parent (ou passeport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Justificatif de domicile (facture edf, téléphone...) datant de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Si l'enfant est à naître, copie de la déclaration de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Si l'enfant est né, livret de famille ou copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SANTÉ -			
8	Si votre enfant est atteint d'une affection chronique ou présente un handicap :		
	Justificatif de perception de l'allocation éducation enfant handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ou	Justificatif d'intégration dans un parcours de diagnostic précoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ou	Justificatif de prise en charge régulière par un Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ou	Attestation médicale délivrée par un centre hospitalier ou le médecin de PMI précisant que l'enfant nécessite une prise en charge globale thérapeutique éducative ou rééducative compte tenu d'un développement inhabituel des acquisitions psychomotrices.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'inscription de l'enfant sur la liste de la commission d'attribution des places est effective après réception du dossier complet.

Une confirmation vous sera envoyée dans laquelle sera aussi indiquée la date à laquelle se tiendra la commission d'attribution des places.