



Direction petite enfance
Bâtiment Touraine
Allée de Provence 44400 REZÉ
☎ 02 51 70 75 50
petiteenfance@mairie-reze.fr

<u>Cadre réservé à l'administration</u>
Date de réception :
Date et heure du rendez-vous :

Fiche d'inscription en accueil occasionnel

Mois de début d'accueil souhaité :

Mode de garde actuel de l'enfant : Solution familiale Assistante maternelle Garde à domicile
Crèche privée Autre (préciser)

Motif de l'inscription : Passerelle école Socialisation Autre (préciser)

Combien de 1/2 journée(s) par semaine souhaitez-vous mettre votre enfant : 1 2 3

Halte accueil la plus proche de votre domicile : Pousse Poussette Pirouettes Galipettes Enfantine Bleue

Nom de l'enfant : **Prénom :** F G

Date de naissance :

Adresse du domicile de l'enfant :

Représentant légal 1

Nom et prénom :

Adresse si différente :

.....

Tél :

E-mail :

Représentant légal 2

Nom et prénom :

Adresse si différente :

.....

Tél :

E-mail :

Activité Professionnelle

En activité Profession :

En recherche d'emploi En formation Congé parental

Activité Professionnelle

En activité Profession :

En recherche d'emploi En formation Congé parental

Autorité parentale conjointe : oui non

Si non, exercée par : mère père

Régime allocataire : CAF MSA

Numéro d'allocataire :

Pour les allocataires Caf, remplir l'autorisation Cafpro au verso de ce document. Pour les autres régimes (ex. MSA), joindre une copie du dernier avis d'imposition et l'attestation d'affiliation.

➔ Joindre une **copie intégrale du livret de famille ou acte de naissance** ainsi qu'un **justificatif de domicile de moins de trois mois** (quittance de loyer, facture d'eau, d'électricité ou de téléphone). **TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ.**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur ce document et m'engage à signaler tout changement de situation à la Direction petite enfance.

A..... le..... Signature(s) du (des) responsable(s) légal (aux)



QUOTIEN FAMILIAL
TRANSMISSION DE DONNÉES RELATIVES AUX ALLOCATAIRES CAF A DES FINS DE SIMPLIFICATION DES DÉMARCHES
RECUEIL DU CONSENTEMENT

Nom et prénom :

Adresse :

N° allocataire CAF :

Autorise la Ville de Rezé à recueillir des informations me concernant auprès de ma Caisse d'allocations familiales, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches.

Cette autorisation reste valable sans limitation de durée, pendant la période où au moins l'un des membres de mon foyer demande à bénéficier des avantages liés à une tarification spécifique.

Refuse le recueil par la Ville de Rezé des informations me concernant auprès de ma Caisse d'allocations familiales, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches.

Date et signature