

Les temps de présence de l'enfant

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi	Total/semaine
Heure arrivée						
Heure départ						
Total/jour						

Il est convenu :

- L'enfant est inscrit pour la période du _____ au _____
- La période d'adaptation est prévue du _____ au _____
- Le nombre de semaines de congés annuels : _____
- Pour un volume total d'heures sur l'année de : _____

En cas de rupture du contrat, les congés non pris seront inclus dans le calcul de la régularisation.

Attention

Ces périodes d'absence seront à confirmer deux mois à l'avance.

Toute absence devra être signalée dans les meilleurs délais.

Les règles de fréquentation et d'absence devront être mises en œuvre telles que décrites dans le règlement intérieur de la structure.

Autorisation consultation et conservation des données

Nous soussignons, Mme _____ et Mr _____

Représentants légaux de l'enfant : _____

Afin de pouvoir calculer le tarif, nous autorisons la directrice à consulter sur la plateforme Cdap (Consultation des Dossiers Allocataires par les Partenaires) de la CAF nos ressources annuelles et à conserver ses données. Nous avons pris connaissance de l'utilisation de données chiffrées et anonymes par la CAF via le fichier Filoué à des fins statistiques.

Tarif

A la date de signature du présent contrat le coût horaire de l'accueil de l'enfant selon le barème national des familles de la CNAF est de : _____ €/heure

Les mensualités seront de : _____ €/mois

Ce tarif est révisable chaque année et/ou sur demande des parents en cours d'année. La facture, établie par Lannion-Trégor Communauté, devra être réglée dans un délai de 30 jours.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signatures précédées de « lu et approuvé » :

Pour la structure CIAS :

Pour les représentants légaux :

Dossier inscription

Multi Accueil **Botoù Bihan**
Rue de l'Ecole 22450 COATREVEN 02 96 48 83 96

NOM de l'enfant : _____ **PRENOM de l'enfant :** _____

Contrat d'accueil régulier – Dates du contrat : de _____ au _____

Contrat d'accueil occasionnel – Dates du contrat : _____

Ce contrat d'accueil est conclu au bénéfice de l'enfant et il est reconductible chaque année jusqu'à l'âge de ses 4 ans :

Entre :

- Le multi accueil «Botoù Bihan », représenté par la directrice sous l'autorité du président de Lannion-Trégor Communauté.

- Le(s) la représentant(e)(s)(es) légal(aux)(les) de l'enfant :
 - Représentant légal 1 _____
 - Représentant légal 2 _____
 - Autre représentant légal _____

La résiliation de ce contrat devra faire l'objet d'un préavis écrit de 2 mois. Ce préavis sera de 3 mois pour un départ en septembre.

Renseignements sur la famille

Enfant :

NOM : _____ PRENOM : _____

Né(e) le ____/____/____

Parents ou tuteurs légaux(les) :

NOM du représentant légal 1 : _____ PRENOM : _____

NOM du représentant légal 2 : _____ PRENOM : _____

Adresse domicile 1 : _____

Adresse domicile 2 : _____

Contacts :

Tél domicile : _____ tél portable : _____

Adresse mail : _____

Tél domicile : _____ tél portable : _____

Adresse mail : _____

Autre personne de la famille à contacter en cas d'urgence :

NOM : _____ PRENOM : _____

Téléphone : _____

Sécurité sociale :

N° assuré : _____ Organisme (CPAM, MSA, RSI...): _____

Caisse d'allocation familiale :

Numéro allocataire : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Responsabilité civile :

Nom de l'assurance : _____ Numéro du contrat : _____

Autorisation de soins, engagement à l'actualisation vaccinale obligatoire

Nous soussignons Mme _____ et Mr _____

Parents de l'enfant : _____

Nous engageons à effectuer les vaccinations obligatoires, avons pris connaissance que l'absence de contre-indication médicale provisoire entraînerait l'annulation de l'accueil de notre enfant.

Nous autorisons le personnel du multi accueil :

- A dispenser les soins nécessaires, en application des protocoles mis en place
- A administrer les médicaments pour lesquels une ordonnance récente sera fournie
- A faire appel au secours, qui au besoin, le transporteront à l'hôpital.

Le ____ / ____ / ____ **signatures des représentants légaux**

Autorisation de prise en charge par un tiers

Nous soussignons Mme _____ et Mr _____

Représentant légal ou tuteur de l'enfant : _____

Autorise le personnel du multi accueil à confier notre enfant sur présentation d'une pièce d'identité, aux personnes majeures suivantes :

Mme ou Mr _____ parenté _____ tél : _____

Mme ou Mr _____ parenté _____ tél : _____

Mme ou Mr _____ parenté _____ tél : _____

Ces départs seront autorisés si le personnel en a été au préalable informé ou si les parents ne sont pas dans la mesure de venir chercher l'enfant à l'heure de la fermeture et n'ayant pu être contactés.

Le : ____ / ____ / ____ **signatures des représentants légaux**

Autorisation de sorties, activités extérieures et transport

Nous soussignons, Mme _____ et Mr _____

Autorisons notre enfant à participer aux sorties organisées par la multi accueil.

Le : ____ / ____ / ____ **signatures des représentants légaux**

Autorisation de prise de vue

Nous soussignons, Mme _____ et Mr _____

Autorisons le personnel du multi accueil à photographier et à filmer notre enfant et autorisons l'utilisation de ces clichés dans les cadres suivants : presse locale (Ouest France, Télégramme, Trégor, Presse d'Armor), journal de Lannion-Trégor Communauté, exposition, réunion d'information aux familles.

Le : ____ / ____ / ____ **signatures des représentants légaux**