

**Les temps de présence de l'enfant**

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

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 **Les Petits Pieds**  
2 Impasse de Kestellic 22220 TREGUIER 02 96 92 47 38

**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 «Les Petits Pieds », 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 domicile1 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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**