

NOTICE EXPLICATIVE

CE DOSSIER EST OBLIGATOIRE POUR UN ACCUEIL:

- ▶ A temps complet
- ▶ A temps partiel

Il est téléchargeable sur le site www.paysdelor.fr et doit être déposé dans l'un des sites suivants, pour examen par la commission d'admission :

Communes de résidence	Dépôt de dossier
Candillargues, Lansargues, Les Garrigues, Mauguio, Mudaison, Saint-Aunès, Valergues et Vauguières	Antenne administrative : Maison des Enfants à Mauguio Chemin de Bentenac - 34130 MAUGUIO enfancejeunesse.mde@paysdelor.fr - 04.67.06.01.57
Carnon, Palavas-les-Flots	Antenne administrative : ALSH Les Moussillons Route de la Tramontane - 34250 PALAVAS LES FLOTS enfancejeunesse.plf@paysdelor.fr - 04.67.20.18.35
La Grande Motte	Antenne administrative de La Grande Motte 133, Avenue du bois couchant - 34280 LA GRANDE-MOTTE enfancejeunesse.lgm@paysdelor.fr - 09.70.21.17.97

Il vous appartient **d'informer l'antenne administrative** dont vous dépendez, **de toute modification** susceptible d'être intégrée dans le dossier (changement de coordonnées, de personnes autorisées à récupérer l'enfant, de situation familiale, actualisation de la fiche sanitaire, etc...)

DOCUMENTS A COMPLETER

- ▶ Fiche Famille
- ▶ Fiche Enfant
- ▶ Fiche Sanitaire
- ▶ Fiche Autorisations
- ▶ Fiche Facturation

PIECES A FOURNIR

- ▶ Copie du livret de famille
- ▶ Extrait acte de naissance
- ▶ Certificat médical d'admission (ci-joint à compléter par le médecin traitant)
- ▶ Copie des pages vaccination du carnet de santé
- ▶ Dernière attestation de paiement fournie par la Caisse d'Allocations Familiales ou la Mutualité Sociale Agricole
- ▶ Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ▶ Intégralité du dernier avis d'imposition
- ▶ Dernière fiche de paie ou tout autre justificatif de votre situation face à l'emploi
- ▶ Courrier explicatif pour toute demande particulière
- ▶ En cas de séparation ou de divorce : un extrait du jugement définissant l'autorité parentale attribuée

Dossier à remplir en totalité.
Tout dossier incomplet sera refusé.

Photocopies obligatoires / Aucun original ne sera accepté

ENFANCE ET JEUNESSE EN PAYS DE L'OR

LES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

- ⌋ La Maison Des Enfants 1 à MAUGUIO
- ⌋ La Maison Des Enfants 2 à MAUGUIO
- ⌋ Les Moustics à CANDILLARGUES
- ⌋ L'Aigue Vive à MUDAISON
- ⌋ Les Mouettes à CARNON
- ⌋ Les Pitchouns à PALAVAS-LES-FLOTS
- ⌋ Les Mar'Mottes à LA GRANDE-MOTTE
- ⌋ La Halte-Garderie à LA GRANDE-MOTTE (accueil sans repas)

MENSUALISATION ET CONTRAT

La demande d'accueil est indispensable et obligatoire, pour le calcul de la mensualisation de votre participation financière. **Les horaires d'accueil demandés doivent refléter au plus près le besoin réel de la famille.**

Le tarif sera calculé sur une base horaire à partir des revenus mensuels bruts du foyer.

Les taux horaires, définis par la Caisse d'Allocations Familiales de l'Hérault, sont les suivants:

Du 1/01/2022 au 31/12/2022	1 enfant	2 enfants	3 enfants	de 4 à 7 enfants	8 enfants et plus
Taux d'effort	0,0619%	0,0516%	0,0413%	0,0310%	0,0206%

CONGES DU CONTRAT

Si la famille désire poser des congés hors période de fermeture de la structure:

Les dates précises des congés devront être transmises par écrit à l'antenne administrative dont vous dépendez au moins trois mois avant le début de l'absence de l'enfant.

Le montant correspondant aux jours de congés sera déduit de la facture du mois en cours.

Le calendrier joint est à titre informatif, il indique les périodes de fermeture des structures ainsi que les dates des vacances scolaires.

FICHE FAMILLE

Commune de


Représentant légal 1

Mme - M.* Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse du domicile :

 Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Merci de renseigner au moins 1 numéro de téléphone

Courriel :@.....

Lien de parenté avec l'enfant* : Père - Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Autre

Situation familiale* : Marié(e) – PACSé(e) - Vie maritale – Séparé(e) – Divorcé(e) - Célibataire - Veuf (ve)

Nombre d'enfants à charge du foyer (y compris enfant à naître): Fratrie déjà accueillie en EAJE:

Nombre d'enfants scolarisés sur le territoire:

Parent ou fratrie en situation de handicap: oui non

Lieu de travail (commune):..... Profession:..... Temps de travail :%

Autre situation face à l'emploi: Pôle emploi Formation

Représentant légal 2

Mme - M.* Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse du domicile :

 Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Courriel :@.....

Lien de parenté avec l'enfant* : Père - Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Autre

Situation familiale* : Marié(e) – PACSé(e) - Vie maritale – Séparé(e) – Divorcé(e) - Célibataire - Veuf (ve)

Autre :

Lieu de travail (commune):..... Profession:..... Temps de travail :%

Autre situation face à l'emploi: Pôle emploi Formation

Assurance

Assurance Responsabilité Civile :

N°Assurance :

Prestations familiales - OBLIGATOIRE

N° d'allocataire CAF ou MSA :

Régime* : Général - Agricole

* entourez la mention correspondante

FICHE ENFANT

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Sexe : Fille Garçon

Date souhaitée d'entrée dans la structure :
(période d'adaptation incluse)

Date de fin de contrat :

Mode de garde actuel : Assistante maternelle Famille Autre

Période d'accueil souhaitée sur une semaine

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Accueil à la journée					
Heure arrivée	De.....h.....	De.....h.....	De.....h.....	De.....h.....	De.....h.....
Heure départ	Ah.....	Ah.....	Ah.....	Ah.....	Ah.....
Accueil à la demi-journée					
Heure arrivée	De.....h.....	De.....h.....	De.....h.....	De.....h.....	De.....h.....
Heure départ	Ah.....	Ah.....	Ah.....	Ah.....	Ah.....

Pour les demi-journées : horaires en lien avec le fonctionnement de la structure pour l'heure de départ de la matinée ou l'heure d'arrivée de l'après midi.

L'amplitude horaire maximum de nos structures se situe entre 7h30 et 18h30.

L'arrivée doit se faire entre l'heure d'ouverture de la structure et 9h00.

Le départ du soir doit se faire entre 16h30 et l'heure de fermeture de la structure.

Période d'adaptation

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,

souhaite que mon enfant effectue une période d'adaptation du au , afin de le familiariser avec le personnel et les locaux.

Ne souhaite pas que mon enfant effectue une période d'adaptation.

L'adaptation à la crèche n'est pas seulement une immersion progressive de votre bébé dans un lieu tout nouveau pour lui. C'est aussi, pour vous, l'occasion de l'accompagner, de découvrir avec lui son nouveau domaine, de le présenter à l'ensemble du personnel, de leur expliquer qui il est, sa façon de vivre, son comportement, ses habitudes, ses goûts.

Un des deux parents doit donc prévoir de se libérer durant cette période.

A : Le :

Signature du ou des responsables légaux :

FICHE ENFANT

Contact (s) autres que les représentants légaux

L'enfant ne pourra quitter les structures d'accueil qu'avec ses responsables légaux directs.

Les autres personnes susceptibles de venir chercher l'enfant devront être mentionnées ci-dessous et présenter leur carte d'identité.

Personne 1 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant* : Grand-Père - Grand-Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Ami - Autre :

Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Personne 2 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant* : Grand-Père - Grand-Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Ami - Autre :

Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Personne 3 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant* : Grand-Père - Grand-Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Ami - Autre :

Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Personne 4 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant* : Grand-Père - Grand-Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Ami - Autre : ...

Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

* entourer la mention correspondante

FICHE FACTURATION / REGLEMENT

Facturation

Les factures mensuelles sont envoyées par "email" et sont disponibles dans votre espace famille "D'clic".

La date limite de paiement est fixée au dernier jour ouvrable du mois.

J'accepte de recevoir par voie électronique les factures "ENFANCE & JEUNESSE" émises par l'Agglomération du Pays de l'Or:

OUI

NON

(cochez la case correspondante)

Modes de règlement

Vous avez la possibilité de régler vos factures:

⇒ **Sur internet**

Dans votre espace famille "D'clic" avec les identifiants qui vous seront transmis par l'antenne administrative dont vous dépendez.

⇒ **Par prélèvement bancaire**

Se présenter à l'antenne administrative dont vous dépendez avec un relevé d'identité bancaire original.

⇒ **Espèces, chèque bancaire, carte bleue, CESU, ANCV**

En vous rendant dans l'un des sites suivants selon votre commune

Communes de résidence	LIEUX DE PAIEMENT
Candillargues, Lansargues, Les Garrigues, Mauguio, Mudaison Saint-Aunés, Valergues ou Vauguières	Maison des Enfants Chemin de Bentenac - 34130 MAUGUIO
Carnon ou Palavas-les-Flots	ALSH Les Moussillons Route de la Tramontane - 34250 PALAVAS LES FLOTS
La Grande Motte	Antenne administrative de La Grande Motte 133, Av. du bois couchant - 34280 LA GRANDE-MOTTE

FICHE AUTORISATIONS

Déclaration et autorisations parentales

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,

➤ déclare exact les renseignements portés sur ce dossier, et notamment les informations médicales.

Je m'engage à informer la Communauté d'Agglomération du Pays de l'Or de tous changements relatifs aux renseignements fournis qui interviendraient au cours de l'année.

➤ J'autorise la Communauté d'Agglomération du Pays de l'Or :

à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin de la structure, et/ou du médecin régulateur du SAMU, et m'engage à payer les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'opération éventuelle résultant de maladie ou d'accident.

s'agissant de photographies ou de vidéos et sous réserve de ne pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, j'autorise l'Agglomération du Pays de l'Or sans contrepartie financière, à reproduire et à diffuser les photographies ou vidéos me représentant (ou mes enfants) pour une communication au public le plus large.

➤ J'autorise mon enfant:

à participer aux sorties pédagogiques organisées et encadrées par l'équipe éducative de l'établissement

➤ Je déclare avoir pris connaissance : du règlement intérieur des EAJE intercommunaux disponible dans les documents à télécharger sur le portail famille D'Clic (<http://portail-ca-paysdelor.ciril.net/documents>).

Les informations recueillies dans ce dossier font l'objet d'un traitement destiné au Service Enfance Jeunesse de l'Agglomération Pays de l'Or. Le responsable de traitement des données personnelles est le Président de l'Agglomération Pays de l'Or. La finalité du traitement des données personnelles est la gestion de l'inscription au sein des crèches intercommunales.

Le destinataire de ces données est : l'Agglomération du Pays de l'Or.

La durée de conservation des données est de 10 ans selon les instructions en vigueur de gestion d'archives publiques.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de celles-ci. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à dpo@paysdelor.fr. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

A :

Le :

Signature du ou des responsables légaux :

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION

A compléter par le médecin traitant

Conformément au décret n°2021-11 du 30 Août 2021, relatif aux assistantes maternelles et aux établissements d'accueil du jeune enfant, les parents doivent fournir:

- "Un certificat médical daté de moins de 2 mois, doit attester l'absence de toute contre-indication à l'accueil en collectivité, et doit être remis au moment de l'admission, et au plus tard dans les quinze jours suivants l'admission."
- "Une copie des documents attestant du respect des obligations vaccinales"

Ces documents seront conservés par l'établissement jusqu'au terme du contrat d'accueil de l'enfant

Je soussigné, Docteur.....

Certifie que l'enfant:.....

Né(e) le

Est à jour des vaccinations obligatoires oui non

Présente une contre indication au paracétamol oui non

Présente une situation de handicap oui non

Présente un état de santé compatible avec la vie en collectivité oui non

Doit bénéficier d'un "Protocole d'Accueil Individualisé" oui non

Nécessite la surveillance d'un point en particulier * oui non

* Dans ce cas, contacter le médecin de la structure dans laquelle est accueilli votre enfant.

Date :

Signature et cachet du médecin :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT:

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

2 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES			
	Date vaccination	1er Rappel	2ème Rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			
Hépatite B			
Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type B			
Méningocoque C			
Pneumocoque			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES : JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION TEMPORAIRE.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être accepté sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non		oui	non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

	oui	non		oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	

Précisez la cause de l'allergie **et la conduite à tenir** :

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES:

Les difficultés de santé ou complications à la naissance (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lunettes de vue, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc....Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le médecin de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : **Signature du responsable légal :**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN DE LA STRUCTURE:

Observations:

.....
.....