

PARTICIPATION FINANCIERE DES FAMILLES

Pour les enfants de moins de 4 ans : Règlement selon les directives de la CAF.

Le calcul du montant de la participation horaire de la famille s'appuie sur un taux d'effort, modulé en fonction du nombre d'enfants à charge, appliqué aux ressources mensuelles.

Un enfant handicapé à charge de la famille permet d'appliquer le tarif immédiatement inférieur.

Type d'accueil	Composition de la famille			
	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants et plus
Collectif - Taux horaire	0,06 %	0,05 %	0,038 %	0,033 %

Mode de calcul du tarif horaire : $\frac{\text{Revenus bruts imposables de l'année N-1}}{12} = \text{Revenu imposable mensuel}$

Revenus imposables mensuels x 0,06% pour 1 enfant x 0,05% pour 2 enfants
x 0,038% pour 3 enfants x 0,033% pour 4 enfants

Exemple

Une famille avec un enfant (1/12 revenu annuel) = 1 524 €

Le taux d'effort est de 0,06%

$1\,524 \text{ €} * 0,06\% = 0,91 \text{ €}$ de l'heure

Si le contrat d'accueil est établi sur 110 h mensuelles

$110 \text{ h} * 0,91 \text{ €} = 100 \text{ €}$ par mois



Le montant de la participation familiale pourra être actualisé en cours d'année dans certains cas :

- **Changement de situation familiale** (mariage, concubinage, naissance, séparation, divorce, décès...)
- **Changement de situation économique** (cessation d'activité, chômage, reprise d'une activité...)



Maison de la Petite Enfance

« Les Petits Poucets »

Dossier d'inscription à remettre au Multi accueil

Date d'inscription

Nom :

LIEU D'ACCUEIL

MAISON DE LA PETITE ENFANCE

« LES PETITS POUSETS »

5 Bd Loche et Matras

86200 LOUDUN

☎ : 05.49.22.60.83

@ : petite-enfance@ville-loudun.fr

LIEU D'INSCRIPTION ET DE RÈGLEMENT

MAIRIE DE LOUDUN—Guichet Unique

1 rue Gambetta

86200 Loudun

☎ : 05.49.98.85.03

@ : mairie@ville-loudun.fr

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- * Livret de famille
- * Certificat d'aptitude de vie en collectivité
- * Ordonnance d'antipyrétique
- * Justificatif de domicile (facture d'eau, de téléphone ...)
- * Carnet de vaccinations de l'enfant (photocopies)
- * Numéro d'allocataire CAF ou MSA
- * Responsabilité civile
- * Avis d'imposition

Hôtel de ville. 1 rue Gambetta—86200 Loudun

Téléphone : 05.49.98.15.38 / Télécopie : 05.49.98.12.88

Courriel : mairie@ville-loudun.fr

Petite-enfance@ville-loufun.fr



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom
Prénom(s)
Date et lieu de naissance

Fille Garçon

<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Code postal _____	Code postal : _____
VILLE : _____	VILLE : _____
☎ domicile _____	☎ domicile : _____
☎ portable _____	☎ portable : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
☎ travail : _____	☎ travail : _____
@ _____	@ _____

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant _____

Père Mère

N° d'allocataire CAF ou MSA _____

Nom de l'assurance responsabilité civile couvrant l'enfant _____

N° de police _____

A joindre obligatoirement un certificat médical d'admission en collectivité pour l'accueil régulier sera établi par le médecin de famille.

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je, soussigné(e) _____, Responsable de l'enfant :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT

AUTORISE le responsable de la Maison de l'Enfance ou du multi accueil à laisser sortir mon enfant en plus de moi-même avec les personnes suivantes, au préalable l'équipe a été prévenue. :

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

☎ : _____

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

☎ : _____

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

☎ : _____

AUTORISE mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre des activités du multi accueil.

AUTORISE mon enfant à utiliser les transports en commun ainsi que les déplacements piétons (dans le cadre des activités organisées par le multi accueil).

AUTORISE le responsable et les membres de l'équipe à prendre mon enfant en photo en vue d'éventuelles publications (expositions, journal de la Ville, etc....), et m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela.

Toute modification concernant ce dossier devra être signalée par écrit au responsable de la Maison de la Petite Enfance et du Multi accueil

Fait à _____ le _____

Signature de la mère

Signature du père

Maison de la Petite Enfance « Les Petits Poucets »

Fiche Sanitaire de Liaison

Nom :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Fille

Garçon

VACCINATIONS (Joindre une photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> BCG | <input type="radio"/> Prévenar (RECOMMANDE) |
| <input type="radio"/> DTP (obligatoirement terminé à 18 mois) | <input type="radio"/> Hépatite B |
| <input type="radio"/> Coqueluche, Haemophilus (méningite) (RECOMMANDE) | <input type="radio"/> ROR (RECOMMANDE) |
| <input type="radio"/> Autres vaccins à préciser | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

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

- | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> BRONCHIOLITE | <input type="radio"/> OTITE | <input type="radio"/> VARICELLE |
| <input type="radio"/> BRONCHITE | <input type="radio"/> GASTRO-ENTERITE | <input type="radio"/> OREILLONS |
| <input type="radio"/> ASTHME | <input type="radio"/> AUTRES (maladies à préciser) | |

L'ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIES ?

ALIMENTAIRE(S)

OUI à préciser

NON

.....
MEDICAMENTEUSE(S)

OUI à préciser

NON

.....
AUTRES (A préciser)

En cas d'allergie, un Projet d'Accueil Individualisé devra être mis en place.

A noter

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans l'avis du responsable du multi accueil ou de la Maison de la Petite Enfance, une ordonnance permanente d'antipyrétiques (ex paracétamol...), devra être fournie et renouvelée régulièrement.

En cas de besoin un Projet d'Accueil Individualisé sera établi pour les enfants souffrant de maladies chroniques ou présentant un handicap.

SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence le responsable évaluera la situation et prendra les dispositions nécessaires : Appel SAMU, Pompiers ou transfert vers une structure hospitalière.

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM _____ PRÉNOM _____

Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ - ____

NOM _____ PRÉNOM _____

Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ - ____



Médecin traitant : NOM _____

Adresse _____

Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Je soussigné (e) Mr, Mme, Melle _____, déclare exacts les renseignements suscités, et autorise le responsable de la Maison de la Petite Enfance ou du multi accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature