

MULTI ACCUEIL Gray'ne d'éveil  
 3 avenue Charles de Gaulle 70100 Gray  
 03.84.64.90.19  
[Multi.accueil@ville-gray.fr](mailto:Multi.accueil@ville-gray.fr)

Fiche pré-inscription

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le :    /    /

Si enfant à naître, date présumée d'accouchement : \_\_\_\_\_

Entourer la bonne réponse

- Sexe : Masculin/Féminin
- Enfant marche : OUI/NON
- Enfant autonome pour l'alimentation : OUI/NON
- Enfant porteur de handicap ou d'une maladie nécessitant une prise en charge particulière : OUI\*/NON  
*\*Si oui, merci de joindre l'attestation de la maison départementale des personnes handicapées*

**Si traitement médical, précisé :**

**Inscription**

Date d'entrée souhaitée :        /        /        jusqu'au        /        /        .

Accueil régulier  
*Il s'agit d'un accueil dont le rythme est prévu et organisé de manière régulière. La place de l'enfant est garantie.*

Accueil occasionnel  
*Les besoins sont ponctuels, généralement de courte durée. L'accueil est possible selon les disponibilités de la structure.*

Semaine type de l'enfant (si accueil régulier)

Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Total semaine
Heure d'arrivée						
Heure de départ						
Nbre d'heures						

Responsable légal 1	Responsable légal 2
<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur, tutrice	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur, tutrice
Autorité parentale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Situation familiale :  Nom : Prénom : Date de naissance : Lieu de naissance :  Adresse :  Portable et/ou fixe : E-mail : Situation familiale :  Profession : Employeur adresse : Tel travail :	Autorité parentale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Situation familiale :  Nom : Prénom : Date de naissance : Lieu de naissance :  Adresse :  Portable ou/et fixe : E-mail :  Profession : Employeur adresse : Tel travail :

Généralités	
Régime	Situation financière
Régime allocataire : N° de sécurité social : N° allocataire : Département CAF :	Nombre d'enfants à charge :

Enfant de la fratrie		
Nom	Prénom	Date de naissance

*Un des membres de la fratrie est-il porteur de handicap ? si oui, merci de joindre l'attestation de la maison départementale des personnes handicapées.*

Institution	Parents	Tuteur
Je soussigné	Je soussigné	Je soussigné
Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur le présent dossier de pré-inscription	Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur le présent dossier de pré-inscription	Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur le présent dossier de pré-inscription
Signature	Signature	Signature
Fait à	Fait à	Fait à
Le	Le	Le

#### LISTE DES PIÈCES ADMINISTRATIVES À FOURNIR

- CERTIFICAT D'APTITUDE A LA VIE EN COLLECTIVITE
- ORDONNANCE ANTIPYRETIQUE ET ARNICA POUR UN AN
- COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE
- ATTESTATION RESPONSABILITÉ CIVILE AU NOM DE L'ENFANT
- COPIE DU JUSTIFICATIF DE DOMICILE
- SI DIVORCE COPIE DU JUGEMENT AVEC CONDITIONS DE GARDE DE L'ENFANT
- ATTESTATION DE PLACEMENT (le cas échéant)