La Maison des Tout-Petits
Un espace où grandir

Association loi 1901 agréée par la PMI
1 bis, rue Jangot 69007 Lyon
04 78 61 06 58
mtplyon7@orange.fr

Rendez-vous d'inscription le : …… à ……

BULLETIN D'INSCRIPTION POUR L'ANNÉE 2025 / 2026

A retourner complété avec le montant des droits d'inscription (*) ; chèque encaissé dès qu'une place est disponible

Adhésion : ☐ chèque n° ..... du……

☐ espèces reçu n°.....……le ……

Début de contrat le : ..... Sortie le :.....

Comment avez-vous connu la Maison des Tout Petits ? .....

NOM DE L'ENFANT …… PRÉNOM(S) ……

DATE DE NAISSANCE …… Lieu de naissance ……

Nombre de frères & sœurs /__ / Prénoms, date de naissance : ……

Écoles fréquentées actuellement : ……..

Langue(s) parlée(s) à la maison …….. Mode de garde actuel : ……

Votre enfant est-il suivi par la PMI ? ……..

NUMERO D'ALLOCATIONS FAMILIALES (indispensable) : ……

CONTACTS

✉ ADRESSE DES PARENTS : .....
.....

Père

NOM/PRENOM DU PÈRE : ……

☎ NUMERO DE PORTABLE: ……..

@ MAIL : ……

PROFESSION : ……..

EMPLOYEUR : ……

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : ……

……

Tél. BUREAU: ……...

Mère

NOM/PRENOM DE LA MÈRE : ……

☎ NUMERO DE PORTABLE: ……

@ MAIL : ……..

PROFESSION : ……..

EMPLOYEUR : ……

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : ……

……

Tél. BUREAU: ……...

RYTHME D'ACCUEIL CHOISI

☐ **Plein Temps du Lundi au Vendredi***

*** Inscription obligatoire au PAIPE**

Places attribuées en commission

☐ 7h30 – 18h

☐ 8h30 – 18h30

☐ 7h30-18h sauf mercredi

OU

☐ **Demi-journées**

☐ Nombre de séances par semaine

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Matin 8h30-12h30	☐	☐	☐	☐	☐
Après-midi 14h-18h	☐	☐	fermé	☐	☐

Ce choix est-il :

Concernant matin/après-midi	impératif	☐	préférentiel	☐
Concernant les jours	impératif	☐	préférentiel	☐

Version du 26/06/2025

(*) Joindre un chèque bancaire ou espèces d'un montant de 30 €

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS :

Pour une meilleure prise en charge de votre enfant, merci de nous signaler :

- Son **médecin traitant** : .....

- Ses **difficultés de santé** (allergies, régurgitations, crises convulsives, spasmes du sanglot, autres…) :

.....

.....

.....

- Les **contre-indications alimentaires éventuelles**: .....

.....

PROBLEME DE SANTE : (MERCI DE COCHER LES CASES)

- ☐ Nous autorisons la responsable de l'établissement et le personnel à prendre toute mesure urgente rendue nécessaire par l'état de santé de notre enfant : intervention du SAMU ou des pompiers, hospitalisation … Dans la mesure du possible, nous serons contactés au préalable.
- ☐ Nous autorisons le personnel non médical de la Maison des Tout Petits à administrer les médicaments prescrits par notre médecin, dont nous fournirons **impérativement** l'ordonnance.

AUTRES PERSONNES susceptibles de venir chercher l'enfant en dehors des parents :

NOM : …….. Prénom :…….. Lien (parenté, …) …….Tél .....

NOM : …….. Prénom :…….. Lien (parenté, …) …….Tél .....

NOM : …….. Prénom :…….. Lien (parenté, …) …….Tél .....

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter.

Lyon, le .....

Signature des 2 parents

Le père La mère

OBSERVATIONS PARTICULIERES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROTECTION DES DONNEES : la personne signataire de l'adhésion donne son consentement au traitement de ses données personnelles, dans le strict respect du RGPD

Horaires

Les horaires sont différents selon que votre enfant fréquente l'espace des Micro-groupes ou le Grand groupe.

L'espace des Micro-groupes est ouvert le matin dès 7h30, et le soir jusqu'à 18h30.

Le Grand groupe, lui, est ouvert de 8h30 à 12h30 et de 14h à 18h. Le Grand groupe est fermé le mercredi après-midi.
Pour que nous ayons le temps d'échanger avec vous, vous devez arriver au plus tard à 12 h 25 ou 17h55.
Pour un fonctionnement positif pour tous, le respect des horaires est essentiel.
Veuillez penser à bien scanner le code-barre sur le casier de votre enfant à l'aide de la badgeuse dès l'arrivée et au dernier moment de votre départ.

Inscription

Pour que l'inscription de votre enfant soit prise en compte, vous devez nous remettre un dossier complet lors de votre demande. Celui-ci est composé de :

- Un **bulletin d'inscription** dûment rempli et signé sans omettre votre **n° d'allocation familiale**.
- Si vous ne souhaitez pas nous autoriser à accéder au site CDAP de la CAF afin de consulter vos ressources ou si vous n'en avez pas : un justificatif de vos ressources pour l'année N-2.
- La feuille **d'autorisations** renseignée et signée.
- Le protocole d'administration des **soins** usuels renseigné et signé.
- Une photocopie des pages de **vaccination** du carnet de santé de votre enfant.

A demander à votre médecin en amont :

- Un **certificat** médical d'aptitude à **la vie en collectivité**,
- Une ordonnance de **Doliprane** au nom de votre enfant en cas de fièvre supérieure à 38,5°C mal tolérée.

- Un **acte de naissance** ou une photocopie du livret de famille.
- Une petite **photo** de votre enfant que nous mettrons dans un cadre de 5 cm de diamètre.
- **30 € en chèque ou en espèces** en signe d'engagement de votre part et destiné à couvrir les **frais d'adhésion** à notre association. Le paiement sera encaissé et non remboursable dès que nous vous préviendrons qu'une place correspondant à votre demande est disponible. L'adhésion est de 15€ pour les entrées entre le 1er février et le 30 juin.
- Si l'un de vos enfants accueilli est suivi par le CAMSP ou le CMP et n'est pas bénéficiaire de l'**AEEH** (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé), merci de joindre un justificatif.

Lorsqu'une place sera disponible pour votre enfant, la directrice prendra contact avec vous pour fixer un entretien d'inscription au cours duquel vous préparerez avec elle le temps de familiarisation. Celui-ci consistera en quelques demi-journées pendant lesquelles vous aurez à être présents pour qu'il fasse connaissance en douceur avec le lieu et son éducateur(trice)-relais, ainsi qu'avec son accueillante familiale s'il vient à plein temps. Ce temps de familiarisation est payant.

La Maison des Tout-Petits
1 bis, rue Jangot
69007 Lyon
Tél. : 04 78 61 06 58
mtplyon7@orange.fr

Fait à Lyon, le ……..……..……..

Pour l'enfant :

NOM :……..….

Prénom :……

Date de naissance :…….……..

PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DES SOINS USUELS

Lors de l'accueil de votre enfant nous pourrons être amenés à lui administrer des soins en utilisant les médicaments sans ordonnance ci-dessous approuvés par le médecin référent et sous contrôle de l'infirmière. Votre signature sur ce document signifie votre autorisation :

- En cas de petite blessure: désinfecter la plaie avec de la Chlorhexidine ou désinfectant équivalent.
- En cas d'hématome suite à un traumatisme bénin, appliquer de l'arnica en gel à une reprise.
- En cas de dermite irritative, dont érythème fessier, appliquer OXYPLASTINE® ou équivalent une à trois fois par jour en fonction de la réponse clinique.
- En cas de diarrhée, donner un sachet de Solution de Réhydratation Orale, à renouveler aussi souvent que nécessaire.
- En été, l'application d'une crème solaire adaptée pour les enfants et ayant un haut indice de protection.

ZANTE Melisande
Référent santé et accueil inclusif de la Maison des Tout-Petits

CHARCOSSET Marion
Directrice
de la Maison des Tout-Petits

Nom, prénom et signature des parents :

AUTORISATIONS

Sorties :
La Maison des Tout-Petits organise des sorties (bibliothèque, square, promenades…) qui font pleinement partie de son projet éducatif. Celles-ci sont menées dans le respect absolu des règles de sécurité. Elles nécessitent cependant votre autorisation.

Photos, films:
Dans le cadre de notre communication nous pouvons être amenés à photographier ou filmer votre enfant pendant sa présence à la Maison des Tout-Petits et à mettre les photos en ligne sur le site de la Maison des Tout-Petits, dont l'accès est réservé aux familles accueillies. Merci de bien vouloir nous y autoriser officiellement.

CDAP :
Pour faciliter le calcul des participations financières des familles, la CAF a créé le site internet CDAP. Les seules informations accessibles sur ce site sont les ressources du foyer et le nombre d'enfants à charge. Nous avons besoin de votre accord pour le consulter, ce qui nous fera gagner du temps et évitera des erreurs de facturation, et de conserver une copie « écran » (version papier ou informatique) des ressources consultées.

Enquête Filoué :
Dans le cadre de l'enquête Filoué, nous transmettons avec votre autorisation des données à caractère personnel, à la CNAF. Ces données sont recueillies à des fins purement statistiques relatives aux publics accueillis dans les établissements d'accueil de jeunes enfants. Vous pouvez vous opposez à cela si vous le désirez.

Protection des données :
Le bulletin d'inscription comporte des données personnelles indispensables à notre activité de crèche. Nous avons besoin de votre consentement pour traiter ces données dans le strict respect du RGPD.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à en parler à la directrice.

Nous, soussignés .....

parents de l'enfant .....

(merci de cocher les cases pour nous donner l'autorisation)

☐ autorisons notre enfant à participer aux **sorties** organisées par la Maison des Tout-Petits.

☐ autorisons la Maison des Tout-Petits à **photographier** ou **filmer** notre enfant ou nous-même dans le cadre de ses activités et à mettre en ligne les photos sur le site de la Maison des Tout-Petits dans un espace sécurisé dédié aux familles.

☐ autorisons la Maison des Tout-Petits, via sa directrice à accéder à notre **dossier CAF** en ligne sur le site internet de CDAP, et à conserver une copie « écran » des données consultées

☐ autorisons la Maison des Tout-Petits à transmettre, dans le cadre de l'**enquête Filoué**, des données à caractère personnel à des fins statistiques à la CNAF

☐ autorisons la Maison des Tout-Petits à recueillir et à traiter les **données nécessaires liées à l'inscription** de notre enfant, dans le cadre du RGPD.

☐ **Je prends l'engagement de me conformer au <u>règlement de fonctionnement</u>** dont un exemplaire m'a été remis à l'admission de mon enfant à la Maison des Tout-Petits (Annexe 1)

Date et signature

Le père **La mère**

ANNEXE 2 : Déductions en cas d'absence

1/ dès le premier jour :

- fermeture exceptionnelle de la structure
- hospitalisation de l'enfant dès le premier jour d'hospitalisation sur présentation d'un justificatif
- éviction par le référent santé et accueil inclusif (cf liste des maladies conduisant à l'éviction ci-dessous)
- départ pour congés familiaux dès lors qu'un délai de prévenance d'un mois minimum a été respecté.

2/ Pour toute maladie avec certificat médical fourni supérieure à 3 jours. Le délai de carence comprend le premier jour mentionné sur le certificat médical (à nous fournir) et les 2 jours calendaires qui suivent.

Liste des maladies conduisant à l'éviction de l'enfant

> L'angine à streptocoque
> La scarlatine (une des formes d'angine à streptocoque)
> La coqueluche
> L'hépatite A
> L'impétigo (lorsque les lésions sont étendues)
> Les infections invasives à méningocoque
> Les oreillons
> La rougeole
> La tuberculose
> La gastro-entérite à *Escherichia coli* entéro-hémorragique
> La gastro-entérite à *Shigella sonnei*

Source : Ministère de la Santé, la Société Française de Pédiatrie et l'Assurance Maladie

ANNEXE 3 : Tableau des déclinaisons des taux d'effort au 01/01/2024 (valable pour 2025)

Nombre d'enfants	du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024
1 enfant	0,0619%
2 enfants	0,0516%
3 enfants	0,0413%
4 enfants	0,0310%
5 enfants	0,0310%
6 enfants	0,0310%
7 enfants	0,0310%
8 enfants	0,0206%
9 enfants	0,0206%
10 enfants	0,0206%

ANNEXE 4 : Montant du plancher et du plafond des ressources CAF au 01/01/2025

* Ressources mensuelles plancher : 801,00 €

** Ressources mensuelles plafond : 7 000,00 €
A partir du 01/09/2025 : 8 500 €