****FICHE DE DEMANDE D’INSCRIPTION

RENTREE 2024-2025

|  |
| --- |
| **ENFANT**  Nom de l’enfant :…………………………………………………………..………………………………………………….…Prénom :………….………………………….………………………………  Né(e) ou date présumée de naissance :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date d’accueil souhaité :** | | | | | |
|  | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
| Matin |  |  |  |  |  |
| Après-midi |  |  |  |  |  |
| Horaires variables : | | | | | |

|  |
| --- |
| **PARENT 1.**  Nom :……………………………………………………………………………………………………………………………………….Prénom :………………………………………………..…………………..  Date de naissance :………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..…  Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..………….  Mail :…………………………………………………………………………………………………………………………….…………….TEL :………………………….……………..…………………………………  **PARENT 2.**  Nom :…………………………….……………………………………………………………………………..…………….Prénom :……………….…………………………………….………………………  …  Date de naissance :……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………  Adresse :…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….………….  Mail:……………………………………………………………………………………………………………………………………..TEL :…………………………………….………………………….……………… |

|  |
| --- |
| Documents à joindre au dossier : |
| * Carte d’identité des parents * Livret de famille (toutes les pages remplies) * N° CAF ou attestation MSA ou Autre * Justificatif de domicile * Bulletins de salaire du (des) parent(s) * Attestation de démarche d’insertion sociale ou de RSA * Notification de la CAF attestant de votre situation de parent isolé * Dossier MDPH ou AAEH ou AEH |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERES DE PRIORISATION** | | |
| La famille renouvelle sa demande pour le même enfant par suite d’un refus d’admission. | 1 |  |
| Famille résidant sur la commune | 5 |  |
| Agent de la commune ou du C.C.A.S (titulaires ou contractuels de plus de 6 mois) | 1 |  |
| Situation sociale et familiale **:** Orientation par des professionnels médicaux-sociaux (PMI, Hôpitaux, ASE …) | 4 |  |
| Parent(s) mineur(s)[[1]](#footnote-1) | 4 |  |
| Parent engagé dans un parcours d’insertion sociale et professionnelle des ressources > ou = au R.S.A. **(1 place réservée)** | 5 |  |
| Parent(s) ; médecin exerçant sur la commune de Lempdes **(1 place réservée)** |  |  |
| Parent isolé | 2 |  |
| Enfant en situation de handicap[[2]](#footnote-2) | 3 |  |
| Parent en situation de handicap, reconnu MDPH. | 3 |  |
| Fratrie en situation de handicap, reconnu MDPH. | 2 |  |
| Gémellité, naissance multiple | 2 |  |
| La famille a déjà un enfant dans la structure au moment de l’accueil. | 3 |  |

|  |
| --- |
| SUIVI DU DOSSIER / REMARQUES |
|  |

Clôture des inscriptions **au 28 février 2025**

Tout dossier incomplet ne sera pas présenté lors de la commission d’attribution des places.

* Nous autorisons la communication de nos coordonnées pour recevoir les informations.

Signature(s) du (des) parent(s) :

1. Au moins un des deux parents est mineur ou le parent isolé est mineur lors de la demande d’inscription. [↑](#footnote-ref-1)
2. Si aucune autre ressource n’est perçue, le montant de l’Allocation Adulte Handicapé mensuel est maximal (Source CAF) [↑](#footnote-ref-2)