

**Direction de la Petite enfance**  
**DOSSIER DE DEMANDE DE MODE D'ACCUEIL**



*Dossier complet à retourner au guichet unique*  
Centre administratif - 1-5 avenue Jean Jaurès 92140 Clamart- Tél 01.46.62.35.35 ou par courriel : [petite-enfance@clamart.fr](mailto:petite-enfance@clamart.fr)

**FAMILLE**

**Responsable légal 1**

Nom		Téléphone portable		
Nom de naissance		Téléphone fixe		
Prénom		Courriel		
Date de naissance		En activité	Oui	Non
Adresse Code postal et ville		(Profession)		
		Autre situation		

**Responsable légal 2**

Nom		Téléphone portable		
Nom de naissance		Téléphone fixe		
Prénom		Courriel		
Date de naissance		En activité	Oui	Non
Adresse Code postal et ville		(Profession)		
		Autre situation		

Situation familiale des responsables légaux	Marié(e)	Pacsé(e)	Union libre
	Divorcé(e)	Veuf (ve)	Monoparentale
Nombre d'enfant(s) à charge			
Numéro allocataire CAF des Hauts de Seine (à défaut fournir l'avis d'imposition)			

J'autorise la ville à utiliser mes coordonnées:

- par le service Petite Enfance       par tout autre service de la Ville de Clamart  
 téléphone       courriel       adresse postale

**ENFANT**

Nom			
Prénom			
Sexe	Fille	Garçon	
Date de naissance ou mois de naissance prévu			
Naissances multiples	Oui	Non	

## ACCUEIL

(Attention : Toute modification ultérieure devra être précisée par écrit)

### Date du début d'accueil souhaité :

Dès que possible **ou** A partir de : .....

### Mode d'accueil souhaité :

- |  |          |          |
|--|----------|----------|
| - Assistante maternelle  | OUI      | NON      |
| - Assistante parentale   | OUI      | NON      |
| - Accueil familial (assistante maternelle rattachée à une structure collective municipale) | OUI      | NON      |
| - Structure collective (crèches, multiaccueils)  | OUI      | NON      |
| - Indiquer par ordre de préférence les crèches souhaitées :                                |          |          |
| 1- .....   | 2- ..... | 3- ..... |

### Temps d'accueil souhaité :

- Nombre de jours : ..... Pas de préférence
- Calendrier souhaité :  
Lundi      Mardi      Mercredi      Jeudi      Vendredi
- Créneau horaire souhaité :  
De .....H..... à .....H..... Pas de préférence
- Accueil occasionnel (de façon ponctuelle en fonction des disponibilités de l'établissement) :      Oui      Non

### Commentaire (situation particulière, par exemple : horaires variables, ou autres) :

.....

.....

.....

.....

Votre enfant a-t-il besoin d'un suivi médical particulier (maladie chronique, allergie, situation de handicap, prématurité, ...)

OUI                      NON

*Si oui, un courrier confidentiel doit être envoyé par vos soins au médecin du pôle médico-social 55 avenue Jean Jaurès 92140 Clamart*

Je m'engage à procéder aux vaccinations obligatoires tout au long de l'accueil de mon enfant

Je reconnais l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Fait à Clamart, le .....

Signature responsable 1 :

Signature responsable 2 :

## PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

	Copie de la pièce d'identité de chaque responsable : Carte d'identité ou passeport, carte de séjour ou récépissé de la demande de carte de séjour en cours de validité
	Copie du livret de famille complet (si plusieurs enfants à charge)
	Acte de naissance de l'enfant
	Justificatif de domicile de moins de 3 mois ou la copie de la pièce d'identité de l'hébergeant ainsi que son attestation sur l'honneur d'hébergement
	Dernier justificatif d'activité (attestation employeur, attestation caf pour le congé parental, certificat de scolarité, ...) pour chacun des responsables légaux

