

# ANNEXES

## RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT CRECHE FAMILIALE

PETITE ENFANCE

16 rue du Maréchal Foch  
94 480 ABLON-SUR-SEINE  
01.49.61.33.66  
petite.enfance@ville-ablonsurseine.fr

REÇU EN PREFECTURE

le 03/07/2023

Application agréée E-legalite.com

99\_DE-094-219400017-20230629-20230629\_01

**ANNEXE 1**

**Acceptation du règlement de fonctionnement  
de la structure crèche familiale**

- Atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du service d'accueil, de la ville d'Ablon sur Seine et accepte de m'y conformer
- Autorise la responsable de l'établissement à prendre connaissance de mes ressources sur le site Mon Compte Partenaire CAF.

Sans autorisation de votre part, il vous faudra transmettre à la structure votre déclaration d'imposition de l'année de référence N-2.

Fait à Ablon-sur-Seine, le ..../..../.....

Signature des responsables légaux, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

**ANNEXE 2**

**Participations familiales  
Taux d'effort**

Cette participation est basée sur le principe d'un taux d'effort défini par le barème de la CNAF calculé à partir des ressources du foyer en fonction du nombre d'enfants à charge et selon le nombre d'heures déterminées dans le contrat.

Taux de participation familiale par heure facturée en accueil familial à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023

<b>Nombre d'enfants</b>	<b>2023</b>
1 enfant	0.0516%
2 enfants	0.0413%
3 enfants	0.0310%
4 enfants	0.0310%
5 enfants	0.0310%
6 enfants	0.0206%
7 enfants	0.0206%
8 enfants	0.0206%
9 enfants	0.0206%
10 enfants	0.0206%

Ressources à prendre en compte à compter de janvier 2023 :

Ressources mensuelles plancher : 712.33 euros  
Ressources mensuelles plafond : 6000 euros

**ANNEXE 3**

**Autorisation pour la transmission de données à la CNAF  
Enquête FILOUE**



Les caisses d'Allocations familiales participent financièrement au fonctionnement et à l'investissement des établissements d'accueil du jeune enfant (Eaje), comme des crèches ou les haltes-garderies. Afin d'améliorer l'action de la branche Famille et d'adapter son offre de service aux besoins des familles, la Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf) souhaite mieux connaître le profil des enfants qui fréquentent ces établissements et leurs familles.

La Cnaf a demandé aux gestionnaires des Eaje de lui transmettre, chaque année, un fichier d'informations sur les enfants accueillis (âge, commune de résidence, numéro allocataire des parents ou régime de sécurité sociale si les parents n'ont pas de dossier à la Caf) et aux modalités de leur accueil (nombre d'heures, facturation). Vous trouverez le détail de cette opération sur les sites : [www.mon-enfant.fr](http://www.mon-enfant.fr) (rubrique actualités)

Conformément à l'article 21 du RGPD, vous pouvez vous opposer à cette transmission de données.

- J'accepte que des données à caractère personnel soient transmises à la CNAF à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les EAJE

Fait à Ablon-sur-Seine, le ..../..../.....

Signature des responsables légaux :

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

**ANNEXE 4**

**Personnes autorisées à prendre en charge mon enfant**

**ENFANT :**

Nom - Prénom : ..... Né(e) le ..../..../.....

<b><u>PARENTS :</u></b>	<u>MERE</u>	<u>PERE</u>
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
TELEPHONE DOMICILE		
TELEPHONE PORTABLE		
TELEPHONE BUREAU		

Nous attestons que les personnes ci-dessous sont autorisées à venir chercher notre enfant sur présentation d'une pièce d'identité et de façon permanente.

En cas de nécessité, à tout moment de la journée ou si mon enfant est encore présent à 18h45 , sans nouvelle de notre part, nous autorisons le personnel de la structure à contacter les personnes ci-dessous.

Nom	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

Fait à Ablon-sur-Seine, le ..../..../.....

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

REÇU EN PREFECTURE  
le 03/07/2023  
Application agréée E-legalite.com

**ANNEXE 5**

**Droit à l'image**

Nous soussignés, représentants légaux de l'enfant .....

- Autorisons  
 N'autorisons pas

Les services de la Ville d'Ablon-sur-Seine, à reproduire et diffuser les photos de notre enfant prises pour rendre compte et faire connaître les activités de la Ville : diffusion sur le site internet, les réseaux sociaux de la ville, sur supports numériques CD, DVD, à destination des enfants, des familles et des services de la Ville, et dans le cadre d'une utilisation pédagogique.

Cette autorisation est valable pendant toute la durée d'accueil de l'enfant dans la structure.

**Autorisation de sorties pédagogiques**

Nous soussignés, représentants légaux de l'enfant .....

- Autorisons  
 N'autorisons pas

Notre enfant à participer aux sorties organisées par le service d'accueil.

Fait à Ablon-sur-Seine, le ..../..../.....

Signature des responsables légaux :

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

**ANNEXE 6**

**Contrat d'Accueil**

Nom et prénom de l'enfant : .....né(e) le : .../.../.....

Adresse : .....

Tel dom : ..... Tel travail père : ..... Tel travail mère : .....

Portable père : ..... Portable mère : .....

N°S.S. : ..... N°CAF. : .....

Adresse mail : .....@..... @.....

Est confié(e) au service d'accueil familial, situé au 7 rue Auguste Duru à Ablon-sur-Seine à compter du : .../.../.....Chez Madame.....

	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>
Heure d'arrivée					
Heure de départ					

Total d'heures par semaine : .....

Mensualisation : .....

Tout dépassement horaire sera facturé (toute heure commencée est due).

Le contrat est conclu pour une durée maximale d'un an et ne pourra faire l'objet de modification que sous certaines conditions.

*« Les subventions publiques octroyées par la Caisse d'allocations familiales aux gestionnaires des structures d'accueil du jeune enfant sont basées en partie sur les heures de fréquentation réelle des enfants. Ces heures doivent être fiables, pour que les subventions publiques versées par la Caf correspondent au juste financement. Dès lors, le gestionnaire est tenu à la plus grande vigilance quant au correct enregistrement de ces heures. Les familles sont invitées à informer la direction de la structure de toute erreur dans le relevé d'heures de présence réelle qui leur serait transmis. Des contrôles peuvent être diligentés par la Caf. »*

**Les parents s'engagent à payer, dès réception, le montant de la facture de leur enfant.**

Fait à Ablon-sur-Seine, le .../.../.....

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**



**ANNEXE 7**

**Autorisation d'intervention médicale ou chirurgie d'urgence et  
d'administration de médicament sur ordonnance**

Nous soussignés, représentants légaux de l'enfant .....  
Né(e) le : ..../..../.....

- Autorisons  
 N'autorisons pas

la Ville d'Ablon sur Seine à prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant, et en particulier à faire pratiquer tout examen médical ou chirurgical, et toutes interventions médicales et chirurgicales, y compris avec phase d'anesthésie réanimation, rendus nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Groupe sanguin (si possible) : .....

Allergie : .....

Problème particulier : .....

Nom du médecin traitant : .....

- Autorisons  
 N'autorisons pas

le personnel de la structure crèche familiale à donner à notre enfant :

- des antipyrétiques en cas de fièvre avec ordonnance prescrite par le médecin (à renouveler tous les 3 mois)
- un traitement médical (fourni par les parents) en cas de maladie, avec l'ordonnance prescrite par le médecin (en cours de validité)
- un régime alimentaire sur prescription médicale.

Fait à Ablon-sur-Seine, le ..../..../.....

Signature des responsables légaux :

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

**ANNEXE 8**

**Mise en place prélèvement automatique**



**MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

Référence unique du mandat :

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 04 ZZZ 547891

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **COMMUNE D'ABLON SUR SEINE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **COMMUNE D'ABLON SUR SEINE**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :  
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER	DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Nom, prénom :	Nom : Mairie d'Ablon sur Seine
Adresse :	Adresse : 16, rue du Maréchal Foch
Code postal :	Code postal : 94480
Ville :	Ville : ABLON SUR SEINE
Pays :	

**DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER**

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
IBAN	( )

**Nom et adresse de la banque :**  
.....  
.....  
.....

Signé à : ..... Signature :

Le ..... :

**JOINDRE UN RÉLEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)  
ET LA COPIE RECTO-VERSO D'UNE PIECE D'IDENTITÉ**

**Rappel :**

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la **COMMUNE D'ABLON SUR SEINE**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la **COMMUNE D'ABLON SUR SEINE**.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

REÇU EN PREFECTURE

le 03/07/2023

Application agréée E-legalite.com

**ANNEXE 9**

**LISTE DES PATHOLOGIES NÉCESSITANT  
UNE ÉVICTION DE LA COLLECTIVITÉ**

L'éviction est une obligation réglementaire pour les pathologies suivantes :

- Angine à streptocoque
- Diphtérie
- Coqueluche
- Hépatite A, Hépatite E
- Impétigo (lorsque les lésions sont étendues)
- Infection invasives à méningocoque
- Méningite à haemophilus b
- Méningite à pneumocoque
- Oreillons
- Rougeole
- Scarlatine
- Tuberculose
- Teigne
- Typhoïde, paratyphoïde
- Gastro-entérite à Escherichia coli entéro-hémorragique
- Gastro-entérite à Shigelles
- Infection à Clostridium difficile
- Gale

**NB** : La direction de d'établissement se réserve le droit selon l'état de santé de l'enfant de procéder à une éviction.

Cette liste est établie selon le guide des maladies infectieuses en collectivité en date de septembre 2012 (Haut conseil de la santé publique)