



VILLE DE VIARMES

Département du Val d'Oise - Arrondissement de Sarcelles



DOSSIER DE PRÉINSCRIPTION

MULTI-ACCUEIL LES P'TITS LOUPS

1 allée de Sully 95270 VIARMES

01.30.35.36.56

les-petits-loups@viarmes.fr

Le dossier et les documents réunis sont à remettre uniquement lors des permanences prévues au multi-accueil (dates disponibles sur <https://viarmes.fr>)

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier déposé le : / /
Synthèse de la demande

Avis de la commission :

- ☐ Accord
☐ Refus (liste attente)
☐ Autre proposition :

Date de la décision :

Rappels sur le fonctionnement de la structure :

- Ouverture du lundi au vendredi de 8h à 18h
- Fermeture entre 10 et 11 semaines par an, pendant les congés scolaires
- Aucune sortie autorisée entre 11h30 et 12h45
- Accueil des enfants à partir de 10 mois révolus

Les départs l'après-midi se font à partir de 16h.

Possibilités d'accueil :

Demi-journée matin, entre 8h et 11h30
Demi-journée après-midi entre 12h45 et 18h
Demi-journée avec repas entre 8h et 12h45
Journée continue entre 8h et 18h
Les arrivées le matin se font au plus tard à 9h30.

Documents obligatoires à fournir :

- 1) Justificatif de filiation : copie du livret de famille (copie de toutes les pages) ou extrait d'acte de naissance ou le certificat de grossesse (transmettre l'acte de naissance qui suit le mois de naissance)
- 2) Justificatif de domicile de moins de 3 mois : facture eau/électricité/gaz

Si hébergé : une attestation d'hébergement signée par l'hébergeant + justificatif de domicile de l'hébergeant + copie carte nationale identité de l'hébergeant

- 3) Attestation CAF en cours
- 4) Justificatifs situation professionnelle du mois en cours (pour chacun des responsables) : attestation employeur ou attestation de formation ou attestation France Travail

MAJ mai 2026

COORDONNÉES ET INFORMATIONS

L'ENFANT (renseignements obligatoires)

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance (ou date présumée) : _____

Sexe : ☐ fille ☐ garçon

S'agit-il (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :

- ☐ d'une naissance multiple ? (Dans ce cas, veuillez compléter autant de formulaires que d'enfants)
☐ d'une adoption ?
☐ d'un enfant porteur de handicap ou atteint d'une maladie chronique (joindre les justificatifs MDPH ou médicaux)

LA FAMILLE (renseignements obligatoires)

Responsable 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

N° de téléphone : _____

Adresse e-mail (en majuscules) : _____ @ _____

N° allocataire C.A.F. (M.S.A.) : _____

Situation professionnelle : (cochez la case correspondante à votre situation)

- ☐ En activité, profession : _____
Précisez temps complet ou temps partiel (rayez la mention inutile)
☐ Étudiant ou en formation Précisez date de début et de fin : ____/____/____ au ____/____/____
☐ En recherche d'emploi
☐ En congé parental Précisez dates : ____/____/____ au ____/____/____
☐ En reprise d'activité le : ____/____/____
☐ Sans activité

Responsable 2

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

N° de téléphone : _____

Adresse e-mail (en majuscules) : _____ @ _____

N° allocataire C.A.F. (M.S.A.) : _____

Situation professionnelle : (cochez la case correspondante à votre situation)

- ☐ En activité, profession : _____
Précisez temps complet ou temps partiel (rayez la mention inutile)
☐ Étudiant ou en formation Précisez date de début et de fin : ____/____/____ au ____/____/____
☐ En recherche d'emploi
☐ En congé parental Précisez dates : ____/____/____ au ____/____/____
☐ En reprise d'activité le : ____/____/____
☐ Sans activité

SITUATION FAMILIALE

☐ Marié(e)s ☐ Pacsé(e)s ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e)s ☐ Séparé(e)s ☐ Veuf(ve)

BESOINS D'ACCUEIL

Type d'accueil souhaité :

☐ Journée complète

☐ ½ journée

Besoin d'accueil :

☐ 5 jours* par semaine

☐ 4 jours* par semaine

☐ 3 jours par semaine

☐ 2 jours par semaine

☐ 1 jour par semaine

☐ quelques heures par semaine

☐ Occasionnellement

**Accueil réservé aux enfants dont le(s) parent(s) travaillent à temps plein ou à 80% (original attestation de l'employeur à fournir)*

Jours et horaires auxquels vous souhaitez inscrire votre enfant :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Heure d'arrivée	h	h	h	h	h
Heure de départ	h	h	h	h	h

Souplesse horaires : au plus tard le matin à ____ h ____ et/ou au plus tôt le soir à ____ h ____

Date d'entrée souhaitée : ____/____/____

Mode d'accueil actuel :

☐ assistante maternelle (ou M.A.M.)

☐ autre structure collective

☐ crèche

☐ micro-crèche

☐ halte-garderie

Si case cochée, précisez sur quelle commune : _____

☐ famille, autres (précisez) : _____

ENFANTS (ou autre personne) À CHARGE

Nom et prénom	Date de naissance	Crèche, école, collège...
	____/____/____	
	____/____/____	
	____/____/____	
	____/____/____	
	____/____/____	

CONDITIONS LIÉES À LA SANTÉ

Un autre membre de la famille (parent ou fratrie) est en situation de handicap ou atteint d'une maladie chronique ?

- ☐ OUI (*joindre obligatoirement les justificatifs MDPH ou médicaux*)
☐ NON

REMARQUES/OBSERVATIONS

Souhaitez-vous porter à la connaissance des membres de la commission d'autres éléments ?

VALIDATION DE LA DEMANDE (*obligatoire*)

☐ Je certifie/nous certifions sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés ci-dessus et m'engage/nous engageons à informer immédiatement la commune de Viarmes de tout changement.

☐ J'autorise/nous autorisons l'accès au service télématique CDAP mis à disposition du multi-accueil par la C.A.F. du Val-d'Oise. Ce service à caractère professionnel permet de consulter directement les éléments de mon dossier, nécessaires à la commission d'attribution des places.

À Viarmes,
Le ____ / ____ / ____

Signature responsable 1

Signature responsable 2

Protection des données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées sur papier et support informatique par la commune de Viarmes afin de gérer les préinscriptions des enfants au multi-accueil. Elles sont collectées par le service Petite Enfance et sont destinées à ce dernier uniquement. Elles sont conservées durant 1 an. La base juridique du traitement est le contrat.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée) et au Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, de limitation, de portabilité ou d'effacement en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dpd@cigversailles.fr (pour plus d'informations www.cnil.fr)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.