

# DOSSIER À REMETTRE AU SERVICE PETITE ENFANCE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE – COMPOSITION DU FOYER OÙ VIT L'ENFANT

	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère
	<b>AUTORITE PARENTALE CONJOINTE :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Mode de garde</b>	<u>Seulement en cas de séparation : Barrer les mentions inutiles</u> s classique      alternée      exclusive	
<b>Adresse Complète</b>		
<b>Situation Familiale</b>	<b>Barrer les mentions inutiles</b> Célibataire - marié(e) - vie maritale - pacsé(e) - divorcé(e) - séparé(e) – veuf (ve)	
<b>Mail</b>		
	Portable :	Portable :
	Domicile :	Domicile :
	Professionnel :	Professionnel :
<b>Profession</b>	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CONGES MATERNITE <input type="checkbox"/> CHOMAGE <input type="checkbox"/> AUTRE ..... Profession : .....	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CONGES MATERNITE <input type="checkbox"/> CHOMAGE <input type="checkbox"/> AUTRE ..... Profession : .....

### REPRESENTANT LEGAL 1

### REPRESENTANT LEGAL 2

	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
<b>Adresse Complète</b>		

### Nombre d'enfants à charge :

	NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE
<b>1<sup>ER</sup> ENFANT</b>				
<b>2<sup>ème</sup> ENFANT</b>				
<b>3<sup>ème</sup> ENFANT</b>				
<b>4<sup>ème</sup> ENFANT</b>				

## **REGIME D'APARTENANCE**

Régime général CAF : n°.....

CAF du département

CAF autre département

MSA : n°.....

Autre : .....

## **AUTORISATION CONSULTATION DU DOSSIER ALLOCATAIRE CAF**

OUI

NON

*Nous tenons à vous informer que la Caisse d'Allocations Familiales des Alpes Maritimes met à notre disposition un service internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, et modifiée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2019, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.*

En tant que représentant(s) légal (aux), déclare (ons) exacts les renseignements portés sur ce présent document,

Fait à Mandelieu-La Napoule, le : ...../...../.....

**Signatures des représentants légaux :**

**REPRESENTANT LEGAL 1**

**REPRESENTANT LEGAL 2**

Dans le cadre de notre politique de confidentialité, et en application du Règlement Général de Protection des Données (RGPD), nous vous confirmons que les données personnelles que vous nous confiez sont destinées à répondre strictement à votre demande de prestation de service auprès du Cycle de l'Enfant. Elle sera conservée le temps nécessaire à son traitement, au service de la prestation et des traitements administratifs et comptables qui en découlent. Conformément au RGPD, vous disposez du droit d'accéder aux données vous concernant collectées par la collectivité, de les rectifier, de les faire transmettre (portabilité), et, sous certaines conditions, de les faire effacer. Vous pouvez à cet effet contacter le Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : [DPO@mairie-mandelieu.fr](mailto:DPO@mairie-mandelieu.fr)