

**A REMPLIR ET A REMETTRE**  
**En semaine de 8h30 à 17h30**  
**au RELAIS PETITE ENFANCE (sans RDV)**  
**04.92.12.41.16/42.64**  
**Le soir et le week-end**  
**à la POLICE MUNICIPALE**  
**04.92.12.42.22**

**FICHE DE DEMANDE D'ACCUEIL D'URGENCE**  
**ETABLISSEMENT PETITE ENFANCE**

**Information importante :**

*La demande d'accueil d'urgence ne peut se faire que dans certaines conditions :*

*L'enfant n'est inscrit dans aucun établissement petite enfance*

*L'événement qui motive la demande n'aurait pas pu être anticipé*

*La demande est temporaire, l'accueil de l'enfant ne pourra excéder 2 semaines permettant de répondre au besoin momentané de la famille.*

**MOTIF DE LA DEMANDE, DESCRIPTION SUCCINCTE DE LA SITUATION**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**BESOIN D'ACCUEIL**

Nombre de jours souhaité (ne peut excéder 2 semaines du lundi au vendredi uniquement) : .....jours

Horaires souhaités : .....

Dès réception de votre demande un délai de 48h est nécessaire pour accueillir l'enfant

*Par exemple : pour une demande reçue un dimanche l'accueil pourra se faire à partir du mardi matin*

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

NOM..... Prénom..... Date de naissance : .....

L'enfant a-t-il un suivi médical particulier ?

Protocole médical :

OUI       NON

Si OUI, lequel ? .....

Allergie :

OUI       NON

Si OUI, laquelle ? .....

Contre-indication médicale :

OUI       NON

Si OUI, laquelle ? .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) REPRESENTANT(S) LEGAL(L), (AUX) DE L'ENFANT**

- Les parents exercent conjointement l'autorité parentale
- L'autorité parentale est exercée par un seul des deux parents
- L'autorité parentale est exercée par un tiers
- L'enfant est sous tutelle

**REPRESENTANT LEGAL 1**

NOM..... Prénom :.....  
Adresse.....  
Tél fixe :..... Tél portable :.....  
Situation professionnelle :  En activité     Demandeur d'emploi     Congé parental     Sans activité  
Profession :..... Tél professionnel :.....  
NOM et adresse de l'employeur :.....

**REPRESENTANT LEGAL 2**

NOM..... Prénom.....  
Adresse.....  
Tél fixe :..... Tél portable :.....  
Situation professionnelle :  En activité     Demandeur d'emploi     Congé parental     Sans activité  
Profession :..... Tél professionnel :.....  
NOM et adresse de l'employeur :.....

**PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A AMMENER L'ENFANT ET LE RECUPERER PENDANT LA PERIODE DE L'ACCUEIL D'URGENCE (ces personnes devront venir avec leur carte d'identité)**

Nom- Prénom	Qualité	N° de téléphone

**DOCUMENTS A APPORTER LE PREMIER JOUR D'ACCUEIL**

- La photocopie de ce document
- Une pièce justificative du (es) représentant(s) légal (aux) de l'enfant (extrait d'acte de naissance de l'enfant ou décision de Justice ou ordonnance de séparation ou déclaration conjointe).
- Le carnet de santé de l'enfant
- La carte d'identité de la personne qui amène l'enfant

**Fait à Saint Laurent Du Var et certifié exact le.....**  
**SIGNATURE(S) DU (DES) REPRESENTANT(S) LEGAL (AUX)**

Partie réservée à l'administration
Demande reçue le.../.../... à...h...par.....service.....

**Dès réception du présent document dûment complété et signé, le comité d'accueil d'urgence sera saisi et une réponse vous sera donnée dans les 24 heures.**

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont récoltées et utilisées par la ville de Saint-Laurent-du-Var uniquement pour le Relais Petite Enfance. Elles sont conservées selon les durées en vigueur conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen relatif à la protection des données personnelles.  
Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données qui vous concernent et les faire rectifier /www.saintlaurentduvar.fr rubrique « Nous contacter »*