**Service action sociale**

**21 avenue de Genève**

**CS 89027**

**74987 Annecy Cedex 9**

**www.caf.fr**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTION SOCIALE**Tél. 04 50 88 67 78 Courriel : appui.creches@caf74.caf.fr | **Cadre réservé à la Caf**Date d’arrivée : ………………..……………..Date de complétude : ………………………. |

**DEMANDE DE MODIFICATION DE L’AUTORISATION DE FONCTIONNEMENT**

**D’UN ÉTABLISSEMENT D’ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (EAJE)**

**Merci de renseigner les informations figurant sur le dernier avis ou arrêté de fonctionnement :**

## COORDONNEES DE L’EAJE

Nom de l’EAJE : ……………………………………………………………………………………

Adresse :

Téléphone : XX-XX-XX-XX-XX et XX-XX-XX-XX-XX (2 numéros obligatoires)

Adresse courriel : ………………………………………

## IDENTITE DU GESTIONNAIRE

Statut du gestionnaire : [ ]  SAS [ ]  SARL [ ]  SASU [ ]  association

 [ ]  Collectivité publique [ ]  autre, précisez

Nom du gestionnaire :

Représenté par Mr/Mme :

Adresse :

Téléphone : XX-XX-XX-XX-XX Adresse courriel : ……………………………………….

Personne en charge du suivi du dossier :

Téléphone : XX-XX-XX-XX-XX Adresse courriel :

**S’agit-il d’une délégation de service public** : [ ]  oui [ ]  non

Nombre de places autorisées :

## DIRECTION DE L’ÉTABLISSEMENT

**La direction assurée par :**

 [ ]  un.e directeur.rice [ ]  un.e référent.e technique [ ]  un.e responsable technique

**Nom de la personne en charge de la direction de l’établissement** :

**Qualification/diplôme de la personne en charge de la direction de l’établissement** :

**Temps consacré à la direction** : ……. ETP

**Temps consacré aux enfants :**  ……. ETP

Cette personne exerce-t-elle une de ces fonctions pour un ou plusieurs autres établissements ? [ ]  non [ ]  oui Si oui, lequel/lesquels :

## RÉFÉRENT SANTÉ ET ACCUEIL INCLUSIF (RSAI)

**Les missions du RSAI sont assurées :**

**Nom de la personne :**

**Diplôme :**

**Temps consacré à ces missions :** ……. heures annuelles

**Pour les crèches de plus de 24 places, cette personne assure-t-elle également la fonction d’accompagnant santé :** [ ]  non [ ]  oui **Si oui, à quelle hauteur :** ……. ETP

## INFORMATIONS RELATIVES À L’ÉTABLISSEMENT

**Le type d’établissement** d’accueil du jeune enfant auquel appartient votre établissement :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Crèche collective | [ ]  Jardin d’enfant | [ ]  Crèche familiale |

**La capacité d’accueil de votre établissement et sa catégorie (après extension) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Crèche collective | Jardin d’enfants | Crèche familiale |
| [ ]  Micro-crèche (jusqu’à 12 places)Précisez le nombre de places : ………… |  |  |
| [ ]  Petite crèche (13 à 24 places)Précisez le nombre de places : ………… | [ ]  **Petit jardin d’enfants** (jusqu’à 24 places)Précisez le nombre de places : **…………** | [ ]  **Petite crèche familiale** (jusqu’à 29 places)Précisez le nombre de places : **…………** |
| [ ]  Crèche (25 à 39 places)Précisez le nombre de places : ………… | [ ]  **Jardin d’enfants** (25 à 59 places)Précisez le nombre de places : **…………** | [ ]  **Crèche familiale** (30 à 59 places)Précisez le nombre de places : **…………** |
| [ ]  Grande crèche (40 à 59 places)Précisez le nombre de places : ………… | [ ]  **Grand jardin d’enfants** (60 places et +)Précisez le nombre de places : **…………** | [ ]  **Grande crèche familiale** (60 à 89 places)Précisez le nombre de places : **…………** |
| [ ]  Très grande crèche (60 places et +)Précisez le nombre de places : ………… |  | [ ]  **Très grande crèche familiale** (90 places et +)Précisez le nombre de places : **…………** |

**La tranche d’âge des enfants pouvant être accueillis** :

**La règle d’encadrement choisie :**

[ ]  1 professionnel pour 5 enfants non marcheurs et 1 professionnel pour 8 enfants marcheurs

[ ]  1 professionnel pour 6 enfants

**Les jours et horaires d’ouverture :**

|  |  |
| --- | --- |
| Jours d’ouverture | Horaires d’ouverture |
| [ ]  lundi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  mardi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  mercredi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  jeudi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  vendredi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  samedi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  dimanche | Précisez les horaires d’ouverture |

Vous sollicitez une modification de votre arrêté ou avis de fonctionnement. Votre projet de modification doit s’inscrire dans le respect des 10 principes énoncés dans la Charte nationale pour l’accueil des jeunes enfants et doit être en conformité avec les articles R2324-17 à R2324-50-4 du Code de la santé publique (Cf. décret n°2021-1131 du 30 août 2021).

De même, vous devez notamment vérifier que chaque personne employée ou intervenant bénévolement au sein de votre structure, satisfait aux dispositions de l’article L.133-6 du code de l’action sociale et des familles relatif aux casiers judiciaires.

Vous devez également vous assurer de la présence, auprès des enfants accueillis, d’un effectif de professionnels conforme aux exigences d’encadrement (Cf. article R.2324-42 du Code de la santé publique).

Un référentiel national applicable aux Eaje norme un certain nombre d’éléments en matière de locaux, d’aménagement et d’affichage. Vous êtes tenus de vous y conformer.

**LA DEMANDE DE MODIFICATION PORTE SUR LE OU LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :**

[ ]  **Gestionnaire :** nom ou raison sociale (joindre le Kbis ou les statuts)

**Nom :**

**Adresse :**

**Téléphone : XX-XX-XX-XX-XX Adresse courriel : ……………………………………….**

**S’agit-il d’une délégation de service public** : [ ]  oui [ ]  non

[ ]  **Direction :** (joindre le CV et le diplôme)

|  |
| --- |
| [ ]  un.e directeur.rice [ ]  un.e référent.e technique [ ]  un.e responsable technique Nom de la personne en charge de la direction de l’établissement : Qualification/diplôme de la personne en charge de la direction de l’établissement : Temps consacré à la direction : …..……. ETP Temps consacré aux enfants : …….…. ETP Cette personne exerce-t-elle une de ces fonctions pour un ou plusieurs autres établissements ? [ ]  non [ ]  oui Si oui, lequel/lesquels : ………………………………………………………………….. |

[ ]  **Le référent santé et accueil inclusif :** (joindre le diplôme)

**Nom de la personne en charge de cette mission :**

**Diplôme :**

Temps consacré à ces missions : ……. heures annuelles

**Pour les crèches de plus de 24 places, cette personne assure-t-elle également la fonction d’accompagnant santé ?** [ ]  non [ ]  oui Si oui, à quelle hauteur : ……. ETP

[ ]  **Âge des enfants accueillis**, préciser la tranche d’âge souhaitée : ……………………………………….

[ ]  **La règle d’encadrement choisie** :

[ ]  1 professionnel pour 5 enfants non marcheurs et 1 professionnel pour 8 enfants marcheurs

[ ]  1 professionnel pour 6 enfants

[ ]  **La capacité d’accueil**, nombre de places supplémentaires demandées : ………….………………..

(joindre les plans de la structure et le règlement de fonctionnement mis à jour)

|  |  |
| --- | --- |
| Jours d’ouverture | Horaires d’ouverture |
| [ ]  lundi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  mardi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  mercredi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  jeudi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  vendredi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  samedi | Précisez les horaires d’ouverture |
| [ ]  dimanche | Précisez les horaires d’ouverture |

[x]  **Les jours et horaires d’ouverture**

L’autorisation qui vous sera délivrée fera référence à votre règlement de fonctionnement qui peut mentionner des capacités d’accueil différentes suivant les périodes de l’année, de la semaine ou de la journée, compte tenu des variations prévisibles des besoins d’accueil.

[ ]  **Autres demandes : *………………………………………………………………………………...***

--------------------------------------------

**Merci de préciser :**

* l’adresse mail et les deux numéros de téléphone permettant aux autorités de joindre la direction et l’équipe en cas d’alerte ou d’urgence :
* Adresse mail : ………………………………………………………………………………………………
* Téléphone : …………………………………….……… et ……………..…………..……………..…..
* l’adresse postale à laquelle l’autorisation de fonctionnement devra être envoyée (si différente de celle renseignée pour le gestionnaire en page 1) :

Date : ………………………… Signature (***précédée de la mention « certifié exact »*)**

et cachet

**Le dossier complet devra être adressé à :**

* **Caisse d’allocations familiales**

**Monsieur le Directeur de la CAF**

**AUTORISATION EAJE**

**21, avenue de Genève – CS 89027**

**74 987 ANNECY**

**Ou**

* **appui.creches@caf74.caf.fr** **à l’attention de Monsieur le Directeur de la Caisse d’allocations familiales de Haute-Savoie**

La CAF de Haute-Savoie ayant désigné un Délégué à la protection des données (DPO), met en œuvre un traitement de données à caractère personnel vous concernant. Ce traitement est nécessaire pour permettre à la CAF l’exercice des missions qui lui sont déléguées par le Conseil départemental, à savoir l’examen des demandes d’autorisation d’ouverture et de contrôle des EAJE. Le traitement est réalisé sur la base du décret n° 2022-566 du 15 avril 2022 relatif à l’expérimentation de nouvelles coopérations entre autorités compétentes en matière de services aux familles. Les personnes accédant à ces données sont les agents habilités au sein de la CAF et de la CNAF. Les données sont conservées pendant le temps de l’expérimentation prévue par le décret n° 2022-566 du 15 avril 2022.

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d’accès, de rectification, d’opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer auprès du directeur de la CAF de Haute-Savoie. Si après avoir contacter la CAF vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Cnil : Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3, Place de Fontenoy TSA – 80715 – 75334 PARIS CEDEX07.