



DEMANDE DE PRE-INSCRIPTION

Renseignements administratifs

Date d'entrée souhaitée :/...../.....

ENFANT (1)

Date de naissance (ou prévue) :/...../.....

NOM : PRENOM :

Adresse :

Commune : Téléphone domicile :/...../...../...../.....

INFORMATION	MERE	PERE
NOM		
PRENOM		
TEL MOBILE		
PROFESSION		
EMPLOYEUR		
ADRESSE PROF.		
TEL PROF.		
EMAIL		

Situation familiale (2) : mariés pacés vie maritale divorcés séparés

Nombre d'enfants à charge : Numéro d'allocataire CAF :

Echelle de revenus annuels (2) : < 20 000 € de 20 000 à 45 000 € > 45 000 €

Besoins de garde (1) Les multi-accueils sont ouverts du lundi au vendredi de 7h30 à 18h15

JOURS	Heure arrivée	Heure départ	Nb heures	Horaires variables
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jedi				
Vendredi				

Nombre de jours de vacances souhaités en plus des fermetures annuelles de la structure

(1 semaine à Noël, 3 semaines l'été) :

Renseignements complémentaires (1) (2)

Etes-vous bénéficiaire du : RSA Allocation parent isolé Allocation spécifique de solidarité ?Avez-vous un mode de garde précédent ? : oui non si oui lequel ? :Avez-vous une solution de dépannage en cas de maladie, fermeture de la structure, absence de l'assistante maternelle ? : oui non si oui laquelle ? :

Date et signature

(1) Remplir tous les champs

(2) Cocher la case correspondante