

Période d'accueil souhaitée sur une semaine (cochez les cases) :

Horaires	7h30-8h	8h-8h30	8h30-9h	9h-9h30*	9h30-10h	10h-10h30	10h30-11h	11h-11h30*	11h30-12h	12h-12h30	12h30-13h*	13h-13h30	13h30-14h	14h-14h30	14h30-15h	15h-15h30*	15h30-16h	16h-16h30	16h30-17h	17h-17h30	17h30-18h	18h-18h30	Total heures/ jour
Lundi																							
Mardi																							
Mercredi																							
Jeudi																							
Vendredi																							

aucune possibilité d'arrivée, ni de départ.

* Pour Vernet-les-Bains : - de 7h30 à 9h30,
- de 11h15 à 11h30 (pour l'enfant présent juste le matin sans repas),
- de 12h30 à 13h,
- à partir de 15h.

Votre enfant bénéficie de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) : Oui Non

Renseignements complémentaires :

.....

.....

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur ce document et m'engage à signaler tout changement de situation (personnelle ou professionnelle) entraînant une modification du planning d'accueil de mon enfant.

A le...../...../.....

Signature :

Cadre réservé à nos services

Date d'inscription.....

Demande de renseignements

Le bénéficiaire de la prestation (enfant) :

Nom..... Prénom

Date de naissance...../...../..... Sexe : Fille Garçon

Commune de naissance..... Département (99 pour l'étranger)

A naître : Nom Date présumée de la naissance

Commune présumée de la naissance.....

N° de sécurité sociale

* Le responsable légal 1 :

Père Mère Tuteur

Nom..... Prénom.....

Date de naissance...../...../.....

Adresse

Téléphone fixe Téléphone portable.....

Téléphone professionnel

Courriel@.....

* Le responsable légal 2 :

Père Mère Tuteur

Nom..... Prénom.....

Date de naissance...../...../.....

Adresse

Téléphone fixe Téléphone portable.....

Téléphone professionnel

Courriel@.....

Si l'adresse des représentants légaux est différente, l'enfant est domicilié :

Responsable légal 1 Responsable légal 2 Garde alternée

Si vous souhaitez faire valoir un jugement dans le cas d'une séparation, veuillez en remettre un exemplaire lors de votre admission.

N° CAF / MSA

Choix, par ordre de préférence, de l'établissement souhaité : Accueil chez une assistante maternelle
(Prades ou Vernet-les-Bains) Oui Non

1 >

2 >

* à renseigner aussi pour un enfant à naître

Inscription en crèche multiaccueil

1 Votre situation:

Responsable légal 1 avec activité professionnelle

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre
- Profession libérale
- Employé/Ouvrier
- Intérimaire
- Retraité
- Sans activité professionnelle
- Autre

Profession exercée

Employeur

Commune du lieu de travail

Horaires de travail

CDI CDD

Date (si reprise de travail)

sans activité professionnelle

- Congé parental : durée
date de reprise
- En recherche d'emploi
- En formation date..... durée
- En insertion date..... durée
- En stage date..... durée

Mode de déplacement : transports en commun véhicule personnel

Situation maritale : marié(e) divorcé(e) séparé(e) pacsé(e) veuf(ve)
 famille recomposée autre

Mode de garde actuel : assistant(e) maternel(le) libéral(e) Nom.....
 accueil collectif non municipal famille
 autre Précisez :

Responsable légal 2 avec activité professionnelle

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre
- Profession libérale
- Employé/Ouvrier
- Intérimaire
- Retraité
- Sans activité professionnelle
- Autre

Profession exercée

Employeur

Commune du lieu de travail

Horaires de travail

CDI CDD

Date (si reprise de travail)

sans activité professionnelle

- Congé parental : durée
date de reprise
- En recherche d'emploi
- En formation date..... durée
- En insertion date..... durée
- En stage date..... durée

2 Autres renseignements :

Bénéficiez-vous d'un accompagnement social (service social, PMI,...) ? : Oui Non

Bénéficiez-vous du Revenu de Solidarité Active ? Oui Non

L'enfant présente-t-il une maladie chronique, une intolérance alimentaire, une allergie ?
 Oui* Non *joindre un certificat médical

Précisez :

L'enfant présente-t-il un handicap ? Oui Non

Précisez :

Y a-t-il une prescription médicale particulière ? : Oui Non

Autres enfants à charge :

Enfant 1

Nom..... Prénom..... Enfant porteur de handicap : Oui Non

Date de naissance...../...../.....

Enfant 2

Nom..... Prénom..... Enfant porteur de handicap : Oui Non

Date de naissance...../...../.....

Enfant 3

Nom..... Prénom..... Enfant porteur de handicap : Oui Non

Date de naissance...../...../.....

Observations

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

3 Vos besoins :

Accueil occasionnel Accueil régulier

Date souhaitée pour l'entrée en crèche/...../.....