



DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS POUR PRE-INSCRIPTION AU MULTI-ACCUEIL COLLECTIF

N° :

Date :

COORDONNEES	PERE	MERE				
Nom et Prénom						
Date de naissance						
Adresse précise (bâtiment, escalier)						
Téléphone domicile						
Téléphone portable						
Téléphone bureau						
Adresse email	@			@		
Activité professionnelle						
Temps complet/Temps partiel						
Nom et adresse de l'employeur						
Horaires de travail						
Ressources mensuelles						
Allocataire CAF						
Nombre d'enfants à charge de la famille						
ACCUEIL DE L'ENFANT						
Nom de l'enfant						
Prénom (éventuellement)						
Date (prévisible) de naissance						
Date souhaitée de placement						
Mode d'accueil actuel (éventuellement)						
Jours d'accueil souhaités	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI pour info
Horaires d'accueil						
Nombre de semaines de congés annuels						
MODE D'ACCUEIL SOUHAITE						
Service d'accueil régulier collectif (crèche collective)						
Service d'accueil régulier collectif (halte-garderie)						
Service d'accueil occasionnel (halte-garderie)						
OBSERVATIONS						