



Pré-inscription pour moins de 20 heures hebdomadaires

Date d'entrée souhaitée dans le multi-accueil :

VOTRE ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : ou naissance prévue le :
 Votre enfant est-il porteur d'un handicap : Oui Non
 Adresse CP Ville :

Pour le cas où votre enfant n'est pas né, votre pré-inscription ne sera validée que lors de la confirmation de la naissance de votre enfant par courrier ou par mail dans le mois suivant la naissance sous peine de radiation de votre demande.

SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

	MERE	PERE
Nom :
Prénom :
Tél domicile :
Tél portable :
Courriel :@.....@.....
Profession : <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Etudiant
En activité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Congé Parental	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Congé Parental

Situation familiale : Célibataire Concubinage Marié Pacsé Divorcé Séparé Veuf
 N° d'allocataire de la CAF : Régime allocataire : Général + Fonctionnaire Autre
 Etes-vous bénéficiaire de minima sociaux ? Oui Non. Si oui, précisez lequel RSA AAH Allocation de solidarité spécifique
 Renseignements complémentaires / Situation particulière :

RESERVATION SOUHAITEE : **MOINS DE 20 HEURES HEBDOMADAIRES = 4 DEMI-JOURNEE MAXIMUM**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

Accepteriez-vous une modification de planning ? Oui Non

Votre dossier sera étudié en commission d'attribution en fonction de vos besoins d'accueil. Je reconnais par la présente fiche de pré-inscription n'engage d'aucune façon l'établissement, quant à une éventuelle admission de l'enfant.

Informations légales : Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à traiter votre demande de pré-inscription sur la liste d'attente.

Date et signature :
 Madame Monsieur Représentant légal

Cadre réservé à l'administration.

Date de dépôt de la demande :
 Date de prise de contact :
 Saisi sur Icap :