



FICHE D'INSCRIPTION

Remplir 1 fiche par enfant

VOTRE ENFANT

Enfant à naître

(Joindre un certificat de grossesse)

Date de naissance prévue : / / 201..

En cas de naissances multiples cocher cette case

Enfant déjà né

NOM :

Prénom :

Date naissance : / //.

fille

garçon

Lieu naissance :

Date d'entrée souhaitée :

Tous les jours du lundi au vendredi, **avec le même horaire**, deh àh
Nombre de **semaines** dans l'année où l'enfant ne sera pas présent (congés de la famille) :

De 1 à 5 jours, du lundi au vendredi, **avec des horaires différents**. Compléter alors le tableau ci-dessous

(cocher le ou les jours choisis)	Jours d'accueil		Horaires souhaités			
	OUI	NON	Matin		Après-midi	
			Arrivée	Départ	Arrivée	Départ
Lundi			H	H	H	H
Mardi			H	H	H	H
Mercredi			H	H	H	H
Jeudi			H	H	H	H
Vendredi			H	H	H	H

Nombre de **semaines** dans l'année où l'enfant ne sera pas présent (congés de la famille) :

Votre situation professionnelle ne vous permet pas de renseigner aujourd'hui cette partie. (Vous avez par exemple un planning sur plusieurs semaines, ou vous êtes en situation de changement d'emploi). Cochez cette case **et renseignez votre besoin sur papier libre**.

VOTRE BESOIN D'ACCUEIL

NB : Si vous avez 2 enfants ou plus, ne remplissez cette partie (situation familiale et professionnelle) qu'une seule fois.

VOTRE SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Situation de famille :

Mariés Pacsés Vie maritale
 Célibataire Séparé(e) Divorcé(e)

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre :
NOM :		
Prénom :		
Date naissance :		
Adresse :		
Ville :		
Téléphone fixe :		
Téléphone portable :		
Courriel :		
Profession :		
Employeur :		
Lieu de travail :		
Horaires de travail :		
Tel. professionnel :		
Temps de transport domicile → travail :		
Êtes-vous véhiculé :		

Composition de la famille (frères ou sœurs)

	<input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur	<input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur	<input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur
Nom et prénom			
Date naissance			
Structure d'accueil	<input type="checkbox"/> Petite enfance <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs / périscolaire	<input type="checkbox"/> Petite enfance <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs / périscolaire	<input type="checkbox"/> Petite enfance <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs / périscolaire

Numéro d'allocataire Caisse d'allocations familiales (CAF) : (obligatoire)

Autres renseignements utiles ou commentaires libres :

Date :

SIGNATURE: