



Cadre réservé à l'Administration		n° CAF
Date d'inscription : 08/10/2018 16:06	Date de confirmation de la naissance :	
Dossier complet le :	CERTIFICAT MÉDICAL	<input type="checkbox"/>
Date d'annulation :	Date de demande de report :	

FICHE DE PRÉ INSCRIPTION EN STRUCTURE PETITE ENFANCE

ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Date d'accueil : _____

Renseignements concernant la famille :

PÈRE	MÈRE
NOM : _____	NOM: _____
Prénom : _____	Prénom: _____
Tél. : _____	Tél.: _____
Adresse : _____	
Quartier : _____	
mail : _____	

Situation professionnelle :

PÈRE	MÈRE
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Lieu de travail : _____	Lieu de travail : _____

Renseignements concernant la structure d'accueil, les jours et horaires souhaités :

CRÈCHES	
Collective <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
H à H	
Lundi	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>

ou

MULTI-ACCUEIL		
CHOIX 1 :	CHOIX 2 :	INDIFFÉRENT
Lundi	<input type="checkbox"/> de H à H	
Mardi	<input type="checkbox"/> de H à H	
Mercredi	<input type="checkbox"/> de H à H	
Jeudi	<input type="checkbox"/> de H à H	
Vendredi	<input type="checkbox"/> de H à H	

Renseignements sur le quartier souhaité :

CHOIX 1 _____
CHOIX 2 _____
CHOIX 3 _____
CHOIX 4 TOUTES LES CRÈCHES oui non

Signature des parents
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Remarques particulières :

