



MULTI-ACCUEIL «BAMBINS CONSTELLATION »

4 place ROALDES du BOURG
31 840 SEILH
Tel : 05 34 28 95 53

I – RENSEIGNEMENTS GENERAUX

ENFANT Nom.....Prénom
Date de naissance (ou terme prévu)

PERE Nom..... Prénom.....

MERE Nom..... Prénom.....

N° ALLOCATAIRE CAF :

ADRESSE DE LA FAMILLE :
.....
..... **Port Maman**.....
@..... Papa.....

SITUATION DE FAMILLE Marié Union libre Célibataire Divorcé Séparé Veuf Pacsé

FRERES ET SCEURS

PRENOM	Né(e) le	ECOLE

PERE EmployeurProfession
Lieu de Rue..... Poste
Travail Code postal Ville

MERE EmployeurProfession :
Lieu de Rue
poste
Travail Code postal Ville

3 - MODE DE GARDE PRECEDANT DE L'ENFANT

Auparavant, mon enfant était gardé :

Dans une « crèche » dans une « halte-garderie »
Chez une assistante maternelle à la maison autre

2 – CONDITIONS D’ACCUEIL

Je souhaite que mon enfant soit accueilli à la crèche à compter de.....

- **Un accueil à temps complet (5 jours)**
- **Un accueil à temps partiel*** :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Heure d'arrivée souhaitée					
Heure de départ souhaitée					

4 – OBSERVATIONS DIVERSES (N'hésitez pas à détailler le plus possible vos besoins)

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

Date :.....

Signature des parents :