

FORMULAIRE OBLIGATOIRE DE CONFIRMATION

À REMETTRE SUR PLACE AU SERVICE OU À ENVOYER
PAR MAIL OU PAR COURRIER ENTRE LE 1^{er} ET LE 31 JANVIER

Important : sans le retour de ce formulaire, votre demande sera annulée

Famille		
Représentant 1	Représentant 2	Situation de famille
Nom	Nom	<input type="checkbox"/> Célibataire
Prénom	Prénom	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)
Profession	Profession	<input type="checkbox"/> Marié(e)
<input type="checkbox"/> En activité professionnelle	<input type="checkbox"/> En activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Séparé(e)
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Congé maternité du au	<input type="checkbox"/> Congé maternité du au	<input type="checkbox"/> Union libre
<input type="checkbox"/> Congé parental du au	<input type="checkbox"/> Congé parental du au	<input type="checkbox"/> Pacs
<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	
Enfant		
Nom		Prénom
Enfant né le / /		Enfant à naître le / /
Adresse actuelle		Future adresse à partir du / / 202.....
N° Rue	N° Rue	
CP Ville	CP Ville	
N° de téléphone Mme		N° de téléphone M.
Courriel		
N° allocataire <input type="checkbox"/> Caf :		<input type="checkbox"/> MSA :
		Nombre d'enfants à charge
Accueil souhaité		
Temps d'accueil	Jours d'accueils	Horaires
<input type="checkbox"/> 5 jours <input type="checkbox"/> 4 jours	Lundi <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Journée	Heure d'arrivée
<input type="checkbox"/> 4,5 jours <input type="checkbox"/> 3 jours	Mardi <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Journée	Horaires atypiques ou tournants (préciser)
<input type="checkbox"/> 3,5 jours <input type="checkbox"/> 2 jours	Mercredi <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Journée	Heure de départ
<input type="checkbox"/> 2,5 jours	Jeudi <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Journée	
	Vendredi <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Journée	
CHOIX : 3 maximum à cocher par ordre de préférence (1, 2, 3)		
Crèches collectives : <input type="checkbox"/> E. Cotton <input type="checkbox"/> J. Labourbe <input type="checkbox"/> R. Rolland <input type="checkbox"/> S. Allende <input type="checkbox"/> A. David-Néel <input type="checkbox"/> G. Péri		
<input type="checkbox"/> Toutes crèches collectives <input type="checkbox"/> Crèche familiale		
Date d'entrée souhaitée le / / 202....		

Observations / situation particulière :

Signature de la famille, le / /

FORMULAIRE OBLIGATOIRE DE CONFIRMATION

Déposé le :