

Date de la demande : _____

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date d'admission souhaitée : _____

PARENT

Adresse du domicile : _____

Téléphone du domicile : _____

Adresse électronique : _____

Nom et prénom / parent 1 : _____

Numéro de téléphone portable : _____

Profession : _____

Adresse professionnelle : _____

Numéro de téléphone travail : _____

Nom et prénom / parent 2 : _____

Numéro de téléphone portable : _____

Profession : _____

Adresse professionnelle : _____

Numéro de téléphone travail : _____

Numéro allocataire CAF : _____

Nom et prénom du médecin traitant : _____

VOS BESOINS

Type d'accueil souhaité :

- Accueil occasionnel
- Accueil régulier

Horaires et jours de garde souhaités (*multi accueil ouvert de 7h15 à 18h - horaires non définitifs*)

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi

Êtes-vous intéressé par une place en accueil occasionnel (avant qu'une place en accueil régulier ne se libère) ?

- Oui
- Non

Autorisez-vous la directrice à transmettre vos coordonnées à la responsable du RAMI afin qu'elle puisse prendre contact avec nous pour étudier toutes les possibilités de gardes du secteur :

- Oui
- Non

Fait à _____ le _____

Signature des parents :