

Demande d'accueil

Date de la demande :

Date d'entrée au Multi-accueil souhaitée :

Mode d'accueil souhaité : Régulier Occasionnel (1) Urgence (2)

(1) Ouvert en priorité aux enfants nés avant le 1er juin de l'année N-1 pour l'ensemble de l'année scolaire N/N+1.... Par exemple : né avant le 01/06/2016 pour l'année scolaire 2017-2018

(2) Nécessite obligatoirement un justificatif écrit des autorités compétentes

NOTA BENE :

Les **accueils réguliers** nécessitent l'élaboration d'un contrat à l'année (réservation d'heures).

La réservation de places des **accueils occasionnels** s'effectue tous les mardis. L'inscription préalable de l'enfant au multi-accueil est indispensable (séquence minimale de 3h30 hebdomadaire facturée et un maximum hebdomadaires de 4 journées est possible, selon les places disponibles).

La demande en **place d'urgence** fait l'objet d'une étude rigoureuse de la situation de détresse par la Directrice de la structure et du Maire-Adjoint en charge de la Petite enfance. Elle nécessite un justificatif écrit des autorités compétentes et peut-être accordée pour une durée maximale de 3 mois.

Planning hebdomadaire souhaité

	MATIN	APRES-MIDI
LUNDI	de....h.... àh....	de....h.... àh....
MARDI	de....h.... àh....	de....h.... àh....
MERCREDI	de....h.... àh....	de....h.... àh....
JEUDI	de....h.... àh....	de....h.... àh....
VENDREDI	de....h.... àh....	de....h.... àh....
TOTAL HEBDOMADAIRE jours heures demi-journées

Dates des vacances programmées

(en dehors des dates de fermeture du multi-accueil)

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

Fait le : à :

Signatures des représentants légaux de l'enfant
(... certifiant exactes les informations mentionnées ci-dessus)

COMMUNE DE BONNE



Demande de pré-inscription

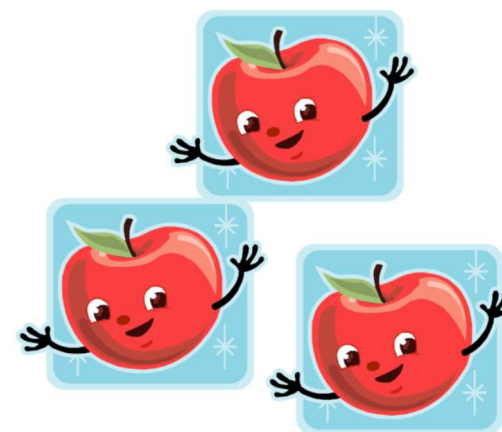
Crèche multi-accueil

« o' comme 3 pom' »

340 Vi de Chenaz - 74380 BONNE

Tél : 04 50 39 68 95

multi-accueil@mairie-bonne.fr



Formulaire en téléchargement sur www.mairie-bonne.fr

L'enfant

Nom :
Prénoms :
Date de naissance :

Le père :

Nom :
Prénoms :
Adresse :
Tél (domicile) : Tél (portable) :
Tél (professionnel) :
Courriel :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
Salaire mensuel net : € Total imposition N-1 :€
Temps de travail :

La mère :

Nom :
Prénoms :
Adresse :
Tél (domicile) : Tél (portable) :
Tél (professionnel) :
Courriel :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
Salaire mensuel net : € Total imposition N-1 :€
Temps de travail :

Composition de la famille

Parent exerçant l'autorité parentale* : le père la mère
Situation familiale * : Célibataires Concubins mariés
Divorcés/séparés Veuf(ve)

Autres enfants à la charge des parents :

Nom, prénoms	Age
.....
.....
.....
.....

Médecin traitant

Nom :
Adresse :
Tél :

Recommandations particulières

PAI, régime alimentaire, traitements médicamenteux

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

*Cocher la case correspondante