

Demande d'accueil

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

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

(1) Ouvert en priorité aux enfants nés avant le 1er février de l'année N-1 pour l'ensemble de l'année scolaire N/N+1.... Par exemple : né avant le 01/02/2021 pour l'année scolaire 2022-2023

(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).

Les accueils occasionnels s'organisent uniquement sur des matinées ou/et journées et selon les possibilités d'accueil de la structure.

Quelques mois avant la Commission d'attribution des places, le dernier bulletin de salaire des deux parents sera demandé.

Planning hebdomadaire souhaité

	MATIN 7h30/12h30	APRES-MIDI 12h30/18h00
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 de la crèche)

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

Autres informations :

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

Fait le : à :

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

COMMUNE DE
BONNE



Demande de pré-inscription



340 Vi de Chenaz - 74380 BONNE

Tél : 04 50 39 68 95

direction-creche@mairie-bonne.fr

secretariat-creche@mairie-bonne.fr

Formulaire en téléchargement sur www.mairie-bonne.fr

L'enfant

Nom :
Prénoms : Sexe : M ☐ F ☐
Date de naissance :

Parent 1 : **Lien de parenté :**
Nom :
Prénoms :
Adresse :
Tél (domicile) : Tél (portable)* :
Tél (professionnel) :
Courriel* :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
Temps de travail :

Parent 2 : **lien de parenté :**
Nom :
Prénoms :
Adresse :
Tél (domicile) : Tél (portable)* :
Tél (professionnel) :
Courriel* :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
Temps de travail :

**obligatoire*

Composition de la famille

Parent exerçant l'autorité parentale* : Parent 1 ☐ Parent 2 ☐
Situation familiale ** : Célibataires ☐ Concubins ☐ mariés ☐
Divorcés/séparés ☐ Veuf(ve) ☐ pacsés ☐

Autres enfants à la charge des parents :

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

N° Allocataire **(obligatoire)**:

Médecin traitant

Nom :
Adresse :
Tél :

Recommandations particulières

PAI, régime alimentaire, traitements médicamenteux

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

***Cocher la case correspondante*