

Demande d'accueil

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

Mode d'accueil souhaité : Régulier Occasionnel (1)
Urgence (2) Périscolaire (3)

- (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
- (3) Ouvert aux enfants scolarisés de moins de 3 ans

NOTA BENE :

Les **accueils réguliers** nécessitent l'élaboration d'un contrat à l'année (réservation d'heures).
L'inscription préalable de l'enfant au multi-accueil est indispensable pour les accueils périscolaires et occasionnels.
Les accueils périscolaires et occasionnels s'organisent uniquement sur des matinées ou/et journées et selon les possibilités d'accueil de la structure.
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 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

Petite crèche

« o' comme 3 pom' »

340 Vi de Chenaz - 74380 BONNE

Tél : 04 50 39 68 95

direction-creche@mairie-bonne.fr



Formulaire en téléchargement sur www.mairie-bonne.fr

*Cocher la case correspondante

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 :

Médecin traitant

Nom :
Adresse :
Tél :

Recommandations particulières

PAI, régime alimentaire, traitements médicamenteux

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

**Cocher la case correspondante