



Communauté de communes  
**CÈZE-CÉVENNES**  
*Ensemble pour être unique*

A remplir par l'administration

NOM PERE/MERE :

NOM ENFANT :

STRUCTURE SOUHAITEE :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

## Communauté de Communes De Cèze Cévennes

### DOSSIER DE PRE INSCRIPTION EN CRECHE

Inscription et renseignements auprès du  
Service enfance jeunesse  
Tél: 04.66.83.02.97  
[petite-enfance@ceze-cevennes.fr](mailto:petite-enfance@ceze-cevennes.fr)

#### **PIECES A FOURNIR :**

- ✓ Justificatif de domicile (facture EDF, quittance de loyer...) de moins de 3 mois.
- ✓ livret de famille ou Bulletin de déclaration de grossesse
- ✓ Carte nationale d'identité des parents ou du représentant légal

Communauté de Communes De Cèze Cévennes  
120 route d'Uzès Prolongée - 30500 Saint Ambroix  
Tél: 04.66.83.77.87  
Fax: 04.66.83.77.88  
[www.ceze-cevennes.fr](http://www.ceze-cevennes.fr)

# INFORMATIONS RELATIVES A LA FAMILLE

## LES PARENTS

### 1<sup>ER</sup> PARENT

<u>Nom Prénom:</u>	
<u>Adresse :</u>	<u>CP - Ville :</u>
<u>N° de téléphone domicile:</u>	<u>n° de portable:</u>
<u>@courriel:</u>	

### 2ème PARENT

<u>Nom Prénom:</u>	
<u>Adresse (si différente):</u>	
<u>N° de téléphone domicile:</u>	<u>n° de portable:</u>
<u>@courriel:</u>	

#### **Situation familiale:**

(Cocher la case concernée)

Célibataire

Vie Maritale

Mariés

Pacs

Divorcé(s)

Séparé(s)

Veuf (ve)

### OU AUTRE DOMICILE POUR L'ENFANT

Grands-parents  Oncle  Tante  Assistante familiale  Autre  .....

<u>Nom Prénom :</u>	Responsable légal : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<u>Adresse :</u>	
	<u>CP - Ville :</u>
<u>N° de téléphone domicile :</u>	<u>n° de portable :</u>
<u>@courriel :</u>	<u>PROFESSION :</u>

**Situation professionnelle:**

1 <sup>er</sup> parent	2 <sup>ème</sup> parent
<u>Activité professionnelle</u> Profession:  Employeur:  Lieu de travail:  Téléphone:  <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> en formation <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> congé parental <input type="checkbox"/> autre à préciser:	<u>Activité professionnelle</u> Profession:  Employeur:  Lieu de travail:  Téléphone:  <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> en formation <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> congé parental <input type="checkbox"/> autre à préciser:

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

<u>Nom et Prénom de l'enfant:</u>	
<u>Sexe:</u>	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
<u>Né(e) le:</u>	<u>ou Naissance prévue le:</u>

Mode de garde actuel:

Nombre d'enfants à charge:

(Y compris l'enfant inscrit)

	Nom	Prénom	Date de naissance
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

Enfant de la famille ayant déjà un contrat dans une des structures:

Nom de la structure:

Enfant handicapé à charge: oui  non

## INFORMATIONS RELATIVES AUX BESOINS D'ACCUEIL POUR VOTRE ENFANT

Jours d'accueil souhaités:

Lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

Heures de présence journalière de l'enfant:

Lundi de

h à

h

Mardi de

h à

h

Mercredi de

h à

h

Jeudi de

h à

h

Vendredi de

h à

h

Les horaires et jours d'accueils souhaités doivent être respectés au moment de l'éventuelle admission. Toutefois si un changement doit être effectué, merci d'informer la Communauté de Communes avant la commission d'attribution des places.

Préciser : .....

.....

Date d'entrée souhaitée:

Structure souhaitée :

Crèche de Barjac

Micro Crèche de Meyrannes

Micro Crèche de Méjannes le Clap

Crèche de Saint Ambroix

N° allocataire CAF :

Date:

Signature des deux parents:

### PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Rendez-vous le:

Date d'enregistrement:

N° d'enregistrement: