# logo

**MICRO -CRECHE**

**POMME DE REINETTE**

**Rue de la croix Boussay**

**78410 BOUAFLE**

**Tel 01.30.91.14.06**

|  |
| --- |
|  |

**Ville de bouafle**

**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION**

****

Ce dossier est à retourner **complet**, accompagné de **TOUTES** les pièces demandées.

Une fois votre dossier **complet**, vous pouvez le déposer à la micro-crèche.

  

|  |
| --- |
|  |
| Fiche de Renseignements |
| **Rue de la croix Boussay**  **78410 BOUAFLE**  **Tel 01.30.91.14.06**  **MICRO -CRECHE**  **POMME DE REINETTE** |

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :**

Les préinscriptions ne sont possibles qu’à partir du 5 -ème mois de grossesse.

**Tout dossier non complet ne sera pas étudié à la commission d’admission.**

Votre dossier doit se composer de**:**

* La présente fiche récapitulative datée et signée.
* Le dossier de préinscription
* Un justificatif de domicile
* Un extrait d’acte de naissance de votre enfant (livret de famille)
* Une déclaration de grossesse.
* Une attestation d’emploi de votre employeur avec impérativement les horaires (pour chacun des parents)
* Ou une attestation de recherche d’emploi

Je certifie l’exactitude des renseignements contenus dans ce dossier.

**Date : Signature :**

  

|  |
| --- |
| **MICRO -CRECHE**  **POMME DE REINETTE**  **Rue de la croix Boussay**  **78410 BOUAFLE**  **Tel 01.30.91.14.06** |
|  |

**VOTRE ENFANT**

|  |
| --- |
| Nom et prénom :……………………………………………………………………….………  **⁮ Féminin**  Date de naissance : ………………………………………………… **⁮ Masculin**  Adresse : ………………………………………………………………………………………...  …………………. …………………………………………………………………………………………..  Lieu de naissance : ………………………………………… |

**VOTRE BESOIN D’ACCUEIL**

Date d’entrée souhaitée :…………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jours d’accueil** | | **Horaires souhaités** | |
| Cocher le jour | | Arrivé | Départ |
| **Lundi** |  |  |  |
| **Mardi** |  |  |  |
| **Mercredi** |  |  |  |
| **Jeudi** |  |  |  |
| **Vendredi** |  |  |  |
| Nombre de semaines dans l’année où l’enfant ne sera pas présent (congés)  Hors fermeture creche 6 semaines (………………semaines ) | | | |

* 8 semaines de congés maximum avec congé creche.
* 10 semaines pour les enseignants avec congés creche.

|  |
| --- |
|  |
| ¯¯¯  Fiche de Renseignements  **Rue de la croix Boussay**  **78410 BOUAFLE**  **Tel 01.30.91.14.06**  **MICRO -CRECHE**  **POMME DE REINETTE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Représentant légal 1** | **Représentant légal 2** |
| Père /mère/autre | Père /mère/autre |
| **Nom** |  |  |
| **Prénom** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **Téléphone fixe** |  |  |
| **Téléphone portable** |  |  |
| **Courriel** |  |  |
| **Profession** |  |  |
| **Nom et adresse**  **Employeur** |  |  |
| **Horaires de travail** |  |  |
| **Téléphone travail** |  |  |
| **Téléphone portable** |  |  |
| **D’allocataire**  **CAF** |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| Fiche de Renseignements  **Rue de la croix Boussay**  **78410 BOUAFLE**  **Tel 01.30.91.14.06**  **MICRO -CRECHE**  **POMME DE REINETTE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composition de la famille** | Frère/Sœur | Frère/Sœur | Frère/Sœur | Frère/Sœur |
| **Nom et prénom** |  |  |  |  |
| **Date de naissance** |  |  |  |  |

Autres renseignements utiles où commentaires libres :

**Date : Signature :**

