

Reçu le :

PRE-INSCRIPTION

Accueil régulier

✓ Informations sur votre enfant

Nom :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance ou date du terme :
Pédiatre ou médecin attitré :

✓ Inscription

Date d'entrée désirée :

Présence par semaine : 2 jours ou équivalent minimum
Présence par jour : demi-journée 4h

Entrée entre 7h45 et 9h45 ou 13h30 et 14h00
Départ entre 11h45 et 12h15 et entre 17h00 et 19h15

LUNDI	De	à
MARDI	De	à
MERCREDI	De	à
JEUDI	De	à
VENDREDI	De	à

Vacances scolaires comprises oui non

✓ Information sur les parents

Nom et prénom de la mère
Nom et prénom du père
Situation de famille
Adresse :

Tél personnel

Mail :

Profession de la mère

Profession du père

Nom de l'employeur :

Nom de l'employeur :

Pièces à fournir

- Photocopie du livret de famille (identité de l'enfant)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- N°CAF ou MSA :