

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

Nom de famille :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Né(e) le :Lieu :Ou terme prévu le:.....

Adresse :

L'ENFANT EST IL PORTEUR D'UN HANDICAP? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ SVP PRÉCISER LEQUEL:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

Régime de sécurité sociale qui couvre l'enfant : général autre (SNCF, RATP, MSA, MGTI EDF-GDF)

N° d'allocataire CAF:..... Quotient Familial CAF:.....

	Parent 1 (ou responsable légal)	Parent 2 (ou responsable légal)
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
N° de sécurité sociale		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. portable		
E-mail		
Profession		
Horaires de travail		
Temps plein / partiel		
Difficultés relevant du handicap		
Situation actuelle (Marié(e), en couple, divorcé(e)...		
AUTORITE PARENTALE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

RENSEIGNEMENTS SUR L'UTILISATION DU SERVICE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :

NOMBRE D'ENFANTS DANS LE FOYER:

PRÉCISEZ L'ÂGE:

SONT-ILS PORTEUR D'UN HANDICAP?

OUI

NON

SI OUI, VEUILLEZ SVP PRÉCISER LEQUEL:

Indiquez ci-dessous: jours et horaires pour lesquels vous serez utilisateurs

Jours souhaités	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
A partir de quelle heure					
Jusqu'à quelle heure					

Date à laquelle vous souhaitez que votre enfant intègre la crèche :

COMMENTAIRES - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous des informations complémentaires dont vous souhaitez nous faire part? (Commentaires sur l'enfant et la famille, situation sociale particulière, attentes spécifiques...)

Merci de nous retourner ce formulaire dument rempli soit:

- A l'adresse suivante:

SAS LLPE AURA SUD / L'Île aux Coissoux
4 rue des Granges
42160 Bonson

- Par email:

lileauxcoissoux@leolagrang.org

Fait à

, le

Nom et signature:

Renseignements et informations complémentaires auprès de :
L'île aux coissoux (04 77 73 56 68)
lileauxcoissoux@leolagrang.org