



## FICHE D'INSCRIPTION

NOM et (Prénom) de l'enfant .....

Date de naissance (prévue).....

### IDENTITE DU PERE OU TUTEUR LEGAL

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Situation de famille :

Marié /\_\_\_/ Pacsé /\_\_\_/ Vie maritale /\_\_\_/

Célibataire /\_\_\_/ Veuf /\_\_\_/ Divorcé /\_\_\_/

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Tél. domicile \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Tél. portable \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Mail \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Travail à temps complet /\_\_\_/ Temps partiel /\_\_\_/

Contrat CDI /\_\_\_/ CDD /\_\_\_/

Demandeur d'emploi /\_\_\_/

Congé parental /\_\_\_/

Autre situation /\_\_\_/ Préciser \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Tél. professionnel \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Portable professionnel \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### IDENTITE DE LA MERE

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Situation de famille :

Mariée /\_\_\_/ Pacsée /\_\_\_/ Vie maritale /\_\_\_/

Célibataire /\_\_\_/ Veuve /\_\_\_/ Divorcée /\_\_\_/

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Tél. domicile \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Tél. portable \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Mail \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Travail à temps complet /\_\_\_/ Temps partiel /\_\_\_/

Contrat CDI /\_\_\_/ CDD /\_\_\_/

Demandeur d'emploi /\_\_\_/

Congé parental /\_\_\_/

Autre situation /\_\_\_/ Préciser \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Tél. professionnel \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Portable professionnel \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

## FICHE D'INSCRIPTION

### ALLOCATAIRE

Monsieur /\_\_/ Madame /\_\_/  
Allocataire CAF /\_\_/ ou MSA /\_\_/  
Numéro d'Allocataire \_\_\_\_\_

### ASSURANCE

NOM de la Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  
Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

### DETERMINATION DU TARIF HORAIRE

Revenu annuel imposable du foyer fiscal 2018 \_\_\_\_\_ €

### NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

### DEMANDE D'ACCUEIL

*\*Merci de cocher les cases correspondant à votre demande.*

Date d'entrée souhaitée /\_\_/\_\_/\_\_/

Date de sortie prévue /\_\_/\_\_/\_\_/

- Accueil Régulier** à la Journée (forfait de 10h obligatoire)

Jours d'accueil	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Horaire souhaité					

- Année complète (inclus 5 semaines de fermetures de la structure)
- Année incomplète (merci de préciser le nombre de semaines à déduire \_\_\_\_, en plus des semaines de fermeture de la structure)
- Année incomplète (aucun accueil pendant les vacances scolaires)

- Accueil Occasionnel ou d'urgence** (selon les places disponibles)

- A la journée (forfait 10h)
- A la ½ journée (forfait 4h)