



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 2019 _____ €

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)