

Demande d'accueil

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

Mode d'accueil souhaité : Régulier Occasionnel ((1)
 Urgence (2)

- (1) Ouvert en priorité aux enfants nés avant le 1er février de l'année N-1 pour l'ensemble de l'année scolaire N/N+1.... Par exemple : né avant le 01/02/2021 pour l'année scolaire 2022-2023
- (2) Nécessite obligatoirement un justificatif écrit des autorités compétentes

NOTA BENE :

Les **accueils réguliers** nécessitent l'élaboration d'un contrat à l'année (réservation d'heures).
 Les **accueils occasionnels** s'organisent uniquement sur des matinées ou/et journées et selon les possibilités d'accueil de la structure.
 Quelques mois avant la Commission d'attribution des places, le dernier bulletin de salaire des deux parents sera demandé.

Planning hebdomadaire souhaité

	MATIN	APRES-MIDI	Dates des vacances programmées
LUNDI	de.....h..... àh.....	de.....h..... àh.....	(en dehors des dates de fermeture de la crèche)
MARDI	de.....h..... àh.....	de.....h..... àh.....
MERCREDI	de.....h..... àh.....	de.....h..... àh.....
JEUDI	de.....h..... àh.....	de.....h..... àh.....	Autres informations :
VENREDI	de.....h..... àh.....	de.....h..... àh.....
TOTAL HEBDOMADAIRE jours heures demi-journées

Fait le : à :

Signatures des représentants légaux de l'enfant
 (... certifiant exactes les informations mentionnées ci-dessus)

**COMMUNE DE
BONNE**



Demande de pré-inscription



340 Vi de Chenaz - 74380 BONNE
 Tél : 04 50 39 68 95
 direction-creche@mairie-bonne.fr
 secretariat-creche@mairie-creche.fr

Formulaire en téléchargement sur www.mairie-bonne.fr

*Cocher la case correspondante

L'enfant

Nom :
Prénoms : Sexe : M F
Date de naissance :

Parent 1 : Lien de parenté :

Nom :
Prénoms :
Adresse :
Tél (domicile) : Tél (portable)* :
Tél (professionnel) :
Courriel* :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
Temps de travail :

Parent 2 : lien de parenté :

Nom :
Prénoms :
Adresse :
Tél (domicile) : Tél (portable)* :
Tél (professionnel) :
Courriel* :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
Temps de travail :

*obligatoire

Composition de la famille

Parent exerçant l'autorité parentale* : Parent 1 Parent 2
Situation familiale ** : Célibataires Concubins mariés
Divorcés/séparés Veuf(ve) pacsés

Autres enfants à la charge des parents :

Nom, prénoms	Age
.....
.....
.....
.....

N° Allocataire (**obligatoire**):

Médecin traitant

Nom :
Adresse :
Tél :

Recommandations particulières

PAI, régime alimentaire, traitements médicamenteux

.....
.....
.....
.....

**Cocher la case correspondante