

# 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..... à .....h.....	de.....h..... à .....h.....	(en dehors des dates de fermeture de la crèche) .....
MARDI	de.....h..... à .....h.....	de.....h..... à .....h.....	.....
MERCREDI	de.....h..... à .....h.....	de.....h..... à .....h.....	.....
JEUDI	de.....h..... à .....h.....	de.....h..... à .....h.....	<b>Autres informations :</b> .....
VENREDI	de.....h..... à .....h.....	de.....h..... à .....h.....	.....
<b>TOTAL HEBDOMADAIRE</b>	..... 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](http://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