

DIRECTION DE L'ANIMATION

Service Petite Enfance

34 rue du Plessis

02-40-29-73-36

petiteenfance@lachapellesurerdre.fr

Dossier à retourner au service Petite Enfance

Demande reçue le :



___ / ___ / _____

Votre (futur) enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ ou accouchement prévu le : _____

Sa famille

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
Téléphone	_____	_____
Adresse e-mail	_____	_____
Revenu annuel → 	_____	_____
N° allocataire CAF ou MSA → 	_____	_____
<u>Situation professionnelle</u>		
Profession	_____	_____
Employeur	_____	_____
Lieu de travail	_____	_____
Recherche d'emploi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Formation	du _____ au _____	du _____ au _____
Congé parental	du _____ au _____	du _____ au _____
<u>Situation familiale</u>		
Vivez-vous seul(e) et élevez-vous seul(e) votre (vos) enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Ressources perçues</u>		
Percevez-vous le RSA (Revenu de Solidarité Active) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Percevez-vous l'AAH (Allocation pour Adulte Handicapé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autre(s) enfant(s) composant la famille :

Nom	Prénom	Date de naissance	École fréquentée ou mode d'accueil

Accueil souhaité (critères retenus pour la Commission d'Attribution des Places)

À partir de (mois + année) : _____

LUNDI de ____ h ____ à ____ h ____

MARDI de ____ h ____ à ____ h ____

MERCREDI de ____ h ____ à ____ h ____

JEUDI de ____ h ____ à ____ h ____

VENDREDI de ____ h ____ à ____ h ____

Type de contrat
<input type="checkbox"/> 10 à 11 h par jour
<input type="checkbox"/> 7 à 9 h par jour
<input type="checkbox"/> 5 à 6 h par jour

ⓘ LES HORAIRES SONT MODIFIABLES À CHAQUE RÉACTIVATION

Acceptez- vous une proposition partielle, à défaut d'une possibilité de garde couvrant tous vos besoins ?:

Oui précisez : _____ Non

Si l'enfant est déjà accueilli, précisez le mode de garde actuel : _____

Préférences concernant le lieu d'accueil

	Merci d'entourer vos priorités			
Multi accueil municipal « La Capucine »	1	2	3	4
Mini-crèche associative « Les Petits Queniaux »	1	2	3	4
Multi accueil associatif « Les Petits Pas du Ploreau »	1	2	3	4
Multi accueil municipal « 1, 2, 3, soleil »	1	2	3	4

Informations qui vous semblent indispensables pour répondre, au plus près, à votre demande :

Concernant votre demande

Elle doit être impérativement réactivée tous les 3 mois par mail (petiteenfance@lachapellesurordre.fr) ou par courrier. **Sans rappel, cette demande sera annulée.**

Concernant la réponse

Les jours et les heures d'accueil indiqués en page 2 seront ceux retenus lors de la Commission d'Attribution des Places.

Vous recevrez le résultat de la commission par mail.

Date : ____ / ____ / _____

Signature :

Toutes les informations transmises revêtent un caractère de confidentialité.

*Les personnes qui rencontreraient des difficultés pour remplir ce document
sont invitées à prendre rendez-vous au service Petite Enfance.*

Cadre réservé au service

ESTIMATION DU PRIX HORAIRE :

Suivi de votre demande

Date du contact	Observations