

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ATTRIBUTION DE PLACE**

**EN STRUCTURE D'ACCUEIL PETITE ENFANCE**

**RENTRÉE DE SEPTEMBRE 2023**

**A RETOURNER AU SERVICE PETITE ENFANCE**

**En Mairie – 2, place aux Herbes – 78640 NEAUPHLE-LE-CHATEAU**

**ou par mail : [nathalie.bellanger@neauphle-le-chateau.com](mailto:nathalie.bellanger@neauphle-le-chateau.com)**

**Fin février 2023, adresser un courrier ou mail précisant votre volonté de maintenir la demande d'inscription pour la rentrée de septembre 2023.**

**Dans le cas contraire, votre demande sera considérée comme caduque.**

**Informations concernant le responsable légal :**

Titre :

Nom :

Prénom :

Adresse :

- Il convient de remplir le questionnaire, en joignant **OBLIGATOIREMENT** les copies des documents suivants (*en cas d'omission d'une pièce, votre demande ne sera pas présentée à la commission*) :
  - *Un justificatif de domicile de moins de 3 mois de la famille ou des 2 parents en cas de séparation (facture d'EDF, facture d'eau ou quittance de loyer, etc.).*
  - *Les trois derniers bulletins de salaire et dernier avis d'imposition des deux parents ou une attestation ASSEDIC, CAF, formation, etc...*
  - *Copie intégrale du livret de famille.*
  - *Certificat de grossesse,*
  - *EN CAS DE SUIVI MEDICAL SPECIFIQUE NECESSAIRE : merci de nous transmettre, SOUS ENVELOPPE CACHETEE, un certificat médical portant la mention « Certificat médical - ne pas ouvrir » afin qu'elle soit remise, ainsi, à notre médecin de crèche.*



**FICHE DE PRE-INSCRIPTION**

Date d'entrée souhaitée .....

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe .....

Date de naissance : .....

Frère : ..... Sœur : ..... Date de naissance : .....

Frère : ..... Sœur : ..... Date de naissance : .....

**PERE DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : .....

Adresse professionnelle : .....

Téléphone mobile : ..... Téléphone bureau : .....

**MERE DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : .....

Adresse professionnelle : .....

Téléphone portable : ..... Téléphone bureau : .....

**DOMICILE**

Adresse ..... Ville : .....

Téléphone domicile ..... E-mail .....

**ALLOCATIONS FAMILIALES**

Nom de l'allocataire ..... Numéro allocataire : .....

**HORAIRE HEBDOMADAIRE SOUHAITE** .....

Total des heures .....

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI	
Arrivée	Départ	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ
Heures		Heures		Heures		Heures		Heures	

**Amplitude non modifiable lors de l'admission**



**OBSERVATIONS EVENTUELLES :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... le

**Signature des parents :**