

**Fiche de pré-inscription**

**au multi-accueil « Bulle de rêves »**

Accueil régulier - Année 2022 – 2023

**Dossier à retourner en mairie au Guichet Famille**

*Avant le 15/02/2022*

**ENFANT**

NOM : ................................................................................................... Prénom : .............................................................................................

Date de naissance : ......................................................................... Ou naissance prévue le : …………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Parent 1** | **Parent 2** |
| **Nom et prénom** |  |  |
| Adresse (\*) |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Adresse mail |  |  |
| N° d’allocataire CAF ou MSA |  |  |
| **Situation professionnelle** | □ Activité professionnelle  Temps de travail…………..  □ Formation :  du …………….….. au …………………  □ Recherche d’emploi  □ Congé parental  □ Autres (ex. : parent au foyer, invalidité…) :  …………………………………………… | □ Activité professionnelle  Temps de travail…………..  □ Formation :  du …………….….. au …………………  □ Recherche d’emploi  □ Congé parental  □ Autres (ex. : parent au foyer, invalidité…) :  …………………………………………… |
| **Situation familiale** | 🞎 Mariés 🞎 Concubins 🞎 Pacsés 🞎 Séparés 🞎 Divorcés  🞎 Veuf/veuve 🞎 Famille monoparentale | |
| **Vivez-vous seul(e) et élevez-vous seul(e) votre (vos) enfant(s) ?**  □ Oui □ Non | |

**Autres enfants composant la famille :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Date naissance** | **Ecole ou mode d’accueil** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Accueil souhaité :**

Horaires d’ouverture du multi-accueil : 7h30 à 18h30

(Merci d’indiquer les heures de début et de fin d’accueil pour les jours souhaités)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| Heures | …..….h à ….…..h | …..….h à ….…..h | …..….h à ….…..h | …..….h à ….…..h | …..….h à ….…..h |
| **Total heures par jour** |  |  |  |  |  |
| **Total heures par semaine** |  | | | | |

Période souhaitée : du ……………………………………………… au ……………………………………………………………………..

🞎 Sur toutes les périodes d’ouverture du multi-accueil

🞎 Sur les périodes scolaires uniquement

Dates indicatives pour la fermeture du multi-accueil : les 3 premières semaines d’août, 1 semaine durant les vacances de Noël et le Pont de l’Ascension (les dates pourront varier d’une année à l’autre).

**Autres :**

Avez-vous un mode de garde à ce jour ? □ Oui □ Non

Si oui, précisez : ………………………………………………………

**Informations complémentaires éventuelles :**

Précisez les données qui vous semblent importantes pour soutenir votre demande : situation familiale, professionnelle particulière (handicap, accident de la vie…)

……………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A Treillières, le ………………………………………………………

Signature

Les demandes sont examinées par la commission d’attribution des places au printemps, une réponse définitive sera ensuite donnée aux familles.

*Pour plus d’informations vous pouvez contacter au Service Petite Enfance : Mme Huguette Gille au 02.40.94.52.59 ou Mme Isabelle Guillou au 02.40.94.67.90*

(\*) Pièces à fournir : **Un justificatif de domicile**

|  |
| --- |
| Cadre réservé au service |
| Dossier remis le : ………………………………………………..  Observations : …………………………………………………………………………………………………………………..................................  …….……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

