Ville de FALAISE

Date de la demande :

Date d'accueil souhaitée :

DEMANDE POUR UN ACCUEIL REGULIER

PLANNING PREVISIONNEL DES PRESENCES DE 7H45 A 18H15

Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi

ENFANT

Nom: Prénom : Date prévue d'accouchement :
Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon Date de naissance :

Nom: Prénom : Date prévue d'accouchement :
Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon Date de naissance :

☐ Jumeaux
☐ Ecart d'âge

FAMILLE

MONSIEUR : Autorité parentale : ☐ ☐ Père ☐ Autre : .....

Nom : Prénom : Profession :
N° Tel. Domicile : N° Tel. Portable : Lieu de travail :

MADAME : Autorité parentale : ☐ ☐ Mère ☐ Autre : .....

Nom : Prénom : Profession :
N° Tel. Domicile : N° Tel. Portable : Lieu de travail :

SITUATION FAMILIALE :

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ En concubinage ☐ Assistant(e) familial(e)
☐ Séparé(e) / Divorcé (e) ☐ Pacsé ☐ Veuf(ve)

REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

☐ CAF ☐ Caisse Maritime N° Allocataire : Nombre total d'enfant(s) :
☐ MSA ☐ Autre Nombre d'enfant(s) à charge :

NB : Cette demande ne constitue pas une inscription, elle sera étudiée par la commission crèche de la Ville de Falaise.

A Falaise, le Signature :

OBSERVATIONS

AVIS DE LA COMMISSION DU : ……/……/20……

☐ Favorable ☐ Liste d'attente ☐ Refus

Date d'entrée :

MUTI-ACCUEIL "Les Petit Filous" - Rue Robert le Magnifique - 14700 Falaise
☎ 02.31.90.05.80