

Fiche de renseignements



Inscription Point Accueil Petite Enfance
04-72-31-68-11
pape@mairie-brignais.fr

N'OUBLIEZ PAS DE PRENDRE CONTACT POUR FINALISER L'INSCRIPTION et de vous munir le jour du **RDV** :

- ☆ d'un **JUSTIFICATIF DE DOMICILE**
- ☆ de la **PHOTOCOPIE DE VOS REVENUS N-2**
- ☆ de votre n° d'allocataire **CAF** (carte CAF ou courrier de la CAF)
- ☆ de vos 3 dernières fiches de paie ou d'une attestation d'embauche de votre employeur

	Parent 1	Parent 2
NOM Prénom		
Situation matrimoniale	En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>	En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>
Adresse		
Adresse mail@.....@.....
Numéros de téléphone	Domicile Portable Travail	Domicile Portable Travail
Profession
Situation professionnelle actuelle	En emploi <input type="checkbox"/> Congé parental <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	En emploi <input type="checkbox"/> Congé parental <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/>

	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5
EAJE collectif Abri 'Co					
EAJE familial Arc en Ciel					
EAJE collectif La Câlinerie					
Assistant maternel					
La Tribu des Filous					
La Tribu des Lutins					

Enfant :**NOM :****Prénom (facultatif) :****Date de naissance ou d'accouchement prévu :**

Pour entrer en collectivité, mon enfant sera vacciné des 11 vaccins obligatoires selon le calendrier de vaccination en vigueur pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

Signature

Besoins d'accueil**A partir du :** --/--/20--

Attention : les horaires demandés ne pourront pas être modifiés après le passage en commission d'admission	Semaine 1 De.....à.....	Semaine 2 De.....à.....	Semaine 3 De.....à.....	Observations particulières (parents non véhiculés, planning tournant...)	
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					
Samedi					
Dimanche					
Nombre d'heures/semaine :	Nombre de semaines d'absence/an :	Présent pendant les vacances scolaires ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/>	Roulement (planning variable)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Accueil occasionnel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dépannage ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ÉCOLE DE SCOLARISATION (fratrie ou enfant accueilli en périscolaire) :N° CAF (ou autre) : _ _ _ _ _NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE : _ _MONTANT DES REVENUS MENSUELS NETS (tous types de revenus sans abattement) : _ _ _ _ _MOTIF DE LA DEMANDE : Reprise d'emploi Socialisation ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP : Oui Non PARENTS EN SITUATION DE HANDICAP : Oui Non FRATRIE EN SITUATION DE HANDICAP : Oui Non *Pour crèche familiale et assistant maternel indépendant :*ACCEPTÉ CHIENS/CHATS : Oui Non ACCEPTÉ FUMEURS : Oui Non **Le :****Signature du ou des parents :****Avis de la commission souhaité par :**
e-mail courrier postal **A REMPLIR PAR LE SERVICE**Prise de contact : Tel Permanence
@ RDV

Quartier d'habitation :