

## CRÈCHE DU PÔLE ENFANCE INTERCOMMUNAL À OSMANVILLE

**1 rue Marie Lefrançois - 14230 Osmanville**

### FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION

**Merci de joindre à votre demande un justificatif de domicile, la photocopie de votre livret de famille, une attestation de grossesse (si enfant à naître), un relevé d'imposition (non allocataire CAF).**

**L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....ou naissance prévue le.....

**DATE D'ADMISSION A LA CRÈCHE SOUHAITÉE (A partir du 19/08/2024) :** .....

**ACCUEIL SOUHAITÉ :** Accueil régulier  Accueil occasionnel

**JOURS ET HORAIRES SOUHAITÉES :** cochez la case correspondante et notez vos horaires  
(Ouverture du Lundi au Vendredi de 7h à 19h)

|                                       |                                       |  |                                       |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Lundi</b> | <input type="checkbox"/> <b>Mardi</b> | <input type="checkbox"/> <b>Mercredi</b> | <input type="checkbox"/> <b>Jeudi</b> | <input type="checkbox"/> <b>Vendredi</b> |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|

**REPRÉSENTANT LÉGAL 1**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

☎ domicile : .....

☎ portable : .....

E-mail (obligatoire) : .....

Profession : .....

Nom et adresse employeur : .....

.....

Lieu de travail : .....

**REPRÉSENTANT LÉGAL 2**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

☎ domicile : .....

☎ portable : .....

E-mail (obligatoire): .....

Profession : .....

Nom et adresse employeur : .....

.....

Lieu de travail : .....

**SITUATION FAMILIALE :** marié / célibataire / veuf / divorcé / séparé / pacsé / vie maritale

(Rayer les mentions inutiles)

**Nombre d'enfants à charge** (au sens des prestations familiales) : .....

**Frères et sœurs** (Nom-Prénom-Date de Naissance) :

- ..... - .....

- ..... - .....

**Régime d'allocations familiales :**

CAF  MSA  Autre **N° ALLOCATAIRE CAF** : .....

**Motif d'inscription :** (cochez la case correspondante)

reprise d'activité après congé maternité  retour à l'emploi  formation

déménagement

autre (à préciser) .....

**DATE DE LA DEMANDE :** ..... / ..... / .....

**Signature des représentants légaux**

Fiche et documents à renvoyer à : [iaeschimann@fede14.admr.org](mailto:iaeschimann@fede14.admr.org)

**Renseignements :** 02.31.26.84.84