

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 SOUHAITÉS : cochez la case correspondante et notez vos horaires

(Ouverture du Lundi au Vendredi de 7h à 19h)

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

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

Renseignements : 02.31.26.84.84