

**CRÈCHE LES P'TITS LOUPS D'OMAHA**  
**17 route de Bayeux-14400 TOUR-EN-BESSIN**

**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 :** .....

**ACCUEIL SOUHAITÉ :** Accueil régulier  Accueil occasionnel

**JOURS ET HORAIRES SOUHAITÉS :** cochez la case correspondante **et notez vos horaires**  
 (Ouverture du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30)

<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 : [ma.lplo@fedel4.admr.org](mailto:ma.lplo@fedel4.admr.org)

Renseignements : 02.31.16.44.93 ou par mail