

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Multi-accueil communautaire situé à Erdeven

*Structure d'accueil collectif pour les enfants de 0 à 4 ans
(6 ans pour les enfants en situation de handicap)
ouverte aux habitants du territoire d'Auray Quiberon Terre Atlantique*

Les demandes d'inscription doivent être fidèles au besoin réel. A défaut, lors de l'élaboration du contrat, si les éléments transmis s'avèrent non conformes au besoin réel, l'attribution pourra être annulée.

Veillez adresser ce dossier à :

Communauté de Communes AURAY QUIBERON TERRE ATLANTIQUE
Service PETITE ENFANCE

par mail : petite.enfance@auray-quiberon.fr

Pour toute demande d'information complémentaire, vous pouvez contacter :

Christelle BÉGOT, responsable du service Petite Enfance & Jeunesse
par mail : petite.enfance@auray-quiberon.fr
ou par téléphone : 02 22 76 03 92

www.auray-quiberon.fr

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

PARENT 1 /

NOM : Prénom :

Situation professionnelle :

Adresse :

.....

Mail :

Téléphone :

PARENT 2 /

NOM : Prénom :

Situation professionnelle :

Adresse (ne pas remplir si identique à celle du parent 1) :

.....

Mail (ne pas remplir si identique à celle du parent 1) :

Téléphone :

Situation familiale : seul(e) en couple

Ressources / montant total des revenus mensuels (nets) du foyer :

.....

Nombre de frères et sœurs dans le foyer :

Composition de la fratrie (sans indiquer l'enfant à inscrire, uniquement les frères et sœurs) :

ENFANT 1 / NOM Prénom : Âge :

ENFANT 2 / NOM Prénom : Âge :

ENFANT 3 / NOM Prénom : Âge :

ENFANT 4 / NOM Prénom : Âge :

Un membre de la famille est-il en situation de handicap ? oui non

VOTRE ENFANT A ACCUEILLIR

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Date d'accueil souhaitée :

Planning d'accueil de l'enfant : fixe variable

Si variable, préciser le roulement / l'organisation parentale :

.....

.....

.....

Jours et horaires d'accueils souhaités :

	LUNDI	MARDI	MERDREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Matin						
Après-midi						

Le multi-accueil est ouvert de 7h30 à 20h30.

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS

Remarques ou questions :

.....

.....

.....

.....

.....

VOTRE ENFANT A ACCUEILLIR

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Date d'accueil souhaitée :

Planning d'accueil de l'enfant : fixe variable

Si variable, préciser le roulement / l'organisation parentale :

.....

.....

.....

Jours et horaires d'accueils souhaités :

	LUNDI	MARDI	MERDREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Matin						
Après-midi						

Le multi-accueil est ouvert de 7h30 à 20h30.

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS

Remarques ou questions :

.....

.....

.....

.....

.....

VOTRE ENFANT A ACCUEILLIR

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Date d'accueil souhaitée :

Planning d'accueil de l'enfant : fixe variable

Si variable, préciser le roulement / l'organisation parentale :

.....

.....

.....

Jours et horaires d'accueils souhaités :

	LUNDI	MARDI	MERDREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Matin						
Après-midi						

Le multi-accueil est ouvert de 7h30 à 20h30.

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS

Remarques ou questions :

.....

.....

.....

.....

.....