

**DEMANDE POUR UN ACCUEIL REGULIER**

**PLANNING PREVISIONNEL DES PRESENCES DE 7H45 A 18H15**

Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi

**ENFANT**

Nom :	Prénom :	Date prévue d'accouchement :	} <input type="checkbox"/> Jumeaux
Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance :	Date de naissance :	
Nom :	Prénom :	Date prévue d'accouchement :	} <input type="checkbox"/> Ecart d'âge
Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance :	Date de naissance :	

**FAMILLE**

**MONSIEUR :** Autorité parentale :  Père  Autre : .....

Nom : Prénom : Profession :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 N° Tel. Domicile : N° Tel. Portable : Lieu de travail :

**MADAME :** Autorité parentale :  Mère  Autre : .....

Nom : Prénom : Profession :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 N° Tel. Domicile : N° Tel. Portable : Lieu de travail :

**SITUATION FAMILIALE :**  Marié  En concubinage  Assistant(e) familial(e)  
 Pacsé  Veuf(ve)  
 Célibataire  Séparé(e) / Divorcé (e)

**REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES :**

CAF  Caisse Maritime  N° Allocataire : Nombre total d'enfant(s) :  
 MSA  Autre Nombre d'enfant(s) à charge :

**NB :** Cette demande ne constitue pas une inscription, elle sera étudiée par la commission crèche de la Ville de Falaise.

A Falaise, le

Signature :

**OBSERVATIONS**

**AVIS DE LA COMMISSION DU : ...../...../20.....**

Favorable  Liste d'attente  Refus

Date d'entrée :