



DOSSIER D'INSCRIPTION

Choix de la structure (plusieurs choix possibles) :

Micro crèche Lieusaint 1 <input type="checkbox"/>	Micro crèche Tigery <input type="checkbox"/>
9-11 rue Georges Charpak 77127 LIEUSAINT	Rue du Lac 91340 TIGERY
Du lundi au vendredi de 7h30 à 18h30	Du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30

Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____

Jours et heures de présence en structure :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Arrivée					
Départ					

Renseignements enfant :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance (ou d'accouchement) : ____ / ____ / ____ Age : _____

Domicile de l'enfant :

Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone du domicile (fixe) : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Renseignements parents : **PERE**

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Employeur : _____
Adresse employeur : _____
Code postal : _____ Ville : _____
E-mail : _____
Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
Téléphone travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Renseignements parents : **MERE**

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Employeur : _____
Adresse employeur : _____
Code postal : _____ Ville : _____
E-mail : _____
Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
Téléphone travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____



Situation familiale :

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf(ve)	Célibataire	Divorcés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne ayant la garde (si parents séparés) : _____					
Nombre d'enfants à charge (y compris l'enfant accueilli) : _____					
Nombre d'enfants en situation de handicap (y compris l'enfant accueilli) : _____					
Numéro d'allocataire CAF : _____ Nom de l'allocataire : _____					

Pièces d'inscription obligatoires :

Dossier d'inscription ci-dessus dûment rempli	
Dernier avis d'imposition des 2 parents	

Traitement de votre demande :

