



## LA FAMILLE

**PARENT 1** Nom/Prénom \_\_\_\_\_ **PARENT 2** Nom/Prénom \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_\_

Lieu \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_

Tél. mobile \_\_\_\_\_ Tél. mobile \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

Lieu de travail \_\_\_\_\_ Lieu de travail \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

**ALLOCATAIRE** – NOM/Prénom \_\_\_\_\_ Matricule CAF \_\_\_\_\_

Département de rattachement C.A.F. \_\_\_\_\_

Situation familiale  Célibataire  Concubins  Marié  Divorcé(e)  Pacs  Veuf (ve)

### Horaire de travail

Parent 1 :

Parent 2 :

## L'ENFANT

**SI ENFANT Né :**

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Né (e) le \_\_\_\_\_

Sexe : M  F

**SI NAISSANCE A VENIR :**

Naissance prévue le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RESERVE AU CENTRE HOSPITALIER

Date Commission	Décision	Observations

**LES JOURS ET HORAIRES SOUHAITÉS (à remplir impérativement)**

**ACCUEIL SOUHAITÉ à partir du** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **(avec l'adaptation prévue si souhaitée)**

L'attribution d'une place dans l'établissement sera conforme aux jours et heures précisés.

**PLANNING RÉGULIER**                      OUI                       NON

► **SI OUI** : Cochez les jours d'accueil souhaités (semaines 2 et 3 seulement si différentes de la semaine 1)

JOURS	MA	AM	SEMAINE 1 - HORAIRES	MA	AM	SEMAINE 2 - HORAIRES	MA	AM	SEMAINE 3 - HORAIRES
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MERCREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nombre de jours d'absence de votre enfant sur la durée du contrat) : .....  
(Absences prévisibles qui seront déduits de la facture)

► **SI NON** :

**INFORMATIONS SUR LE TEMPS D'ACCUEIL SOUHAITÉ : indiquez le nombre d'heures mensuel en moyenne (en faisant le calcul sur une année d'accueil)**

---



---

**PIÈCES A FOURNIR**

- 1 – Copie de la notification de vos droits auprès de la Caisse d'Allocations Familiales.
- 2 – L'acte de naissance ou le livret de famille si l'enfant est né (pour consultation).
- 3 – Un justificatif de domicile.

**INFORMATIONS**

- Ce document atteste l'inscription sur une liste d'attente. Il ne constitue pas une garantie d'admission. Celle-ci sera étudiée en commission d'admissions.
- L'enfant accueilli devra être à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur.

*Fait le* \_\_\_\_\_

*Signature des Parents,*