

## MICRO CRECHE DU CENTRE SOCIAL AJR



# Formulaire de Pré- Inscription

Juin 2024

Ce dossier est une demande de réservation de place. Il est à remplir et à renvoyer par mail ou par courrier à l'adresse suivante : CSAJR 8 Rue Pasteur 59159 Noyelles sur Escaut.

[n.leduc@asso-ajr.fr](mailto:n.leduc@asso-ajr.fr)

Le gestionnaire vous contactera dans les meilleurs délais pour confirmer ou non votre inscription (suivant les places disponibles).

En cas d'acceptation, vous sera remis le dossier d'inscription définitive avec la liste complète des pièces à fournir. S'il n'y a pas de place et si vous le souhaitez, votre dossier sera mis en attente qu'une place se libère.

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIALE

## SITUATION FAMILIALE :

(cocher la case correspondante à votre situation)

- Mariés                                       Divorcés                                       Célibataire  
 Union libre  
 Pacsés                                       Séparés                                       Veuf(ve)

## SI VOUS ETES SEPARÉ OU DIVORCÉ, QUI A LA GARDE DE L'ENFANT ?

(cocher la case correspondante à votre situation)

- Madame                                       Monsieur                                       Alternée

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PERE ET/OU LA MERE :

	Responsable légal A	Responsable légal B
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. Domicile :		
Tél. Travail :		
Email		
Profession		
Lieu de travail		
Régime de couverture : CAF – MSA- RSI- Autre		

Autres enfants à charge (nom, prénom, date de naissance) :

1/.....

2/.....

3/.....

4/.....

# SOUHAITS DE GARDE

*Si l'enfant est déjà né :*

NOM : .....

PRENOMS : .....

SEXE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

DATE PREVUE D'ENTREE A LA MICRO-CRECHE :

.....

*Si vous êtes enceinte :*

NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT A NAITRE :

.....

DATE PREVUE DE L'ACCOUCHEMENT :

.....

DATE PREVUE D'ENTREE A LA MICRO-CRECHE :

.....

Dès la naissance, merci de contacter la micro-crèche pour confirmer la demande d'inscription et donner le prénom ainsi que la date de naissance de votre enfant.

## Jours et horaires de garde souhaités

(Indiquer l'amplitude horaire en fonction des forfaits proposés)

	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total d'heures /jour
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Total d'heures semaines			

Informations : La structure sera fermée 4 semaines au mois d'août et une semaine à Noël, ainsi que tous les jours fériés y compris le lundi de Pentecôte, et le jeudi de l'Ascension.

## Forfait de tarification

(Cocher le temps d'accueil souhaité)

156h à 215 /mois 45h à 55h sem. de 9h à 11h/jour	117h à 155h/mois 30h à 40h sem <b>de 5h à moins de 9h par jour</b>	16h à 116h/mois Moins de 30h sem. Moins de 5h/jour

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » manuscrite.

Le Père

La Mère

Responsable légal

NOTES ET OBSERVATIONS :