

A retourner avec un justificatif de domicile de moins de 3 mois et l'acte de naissance de l'enfant si déjà né :
☒ la Direction de la Petite enfance – Mme ROGER – 9 rue du chemin vert de boissy -95150 TAVERNY
ou par mail : petiteenfance@ville-taverny.fr ☎ 01 30 40 58 40 ou 01 30 40 58 41

☐ **SERVICE D'ACCUEIL FAMILIAL (7H / 19H)**

☐ **ETABLISSEMENT MULTI-ACCUEIL (7H / 19H)**

☐ **HALTE-JEUX (de 1 à 2 journées par semaine - 8H30 à 17H30)**

(Numéroter par ordre de choix)

Nom et prénom du **PERE** : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

Future adresse (si déménagement) : _____

_____ **95150 TAVERNY**

Date d'arrivée dans la commune : _____

Téléphone domicile : / / / /

Portable : / / / /

E-mail : _____ Véhicule : ☐ oui - ☐ non

Situation familiale : ☐ Marié - ☐ Pacsé - ☐ Divorcé - ☐ Vie maritale - ☐ Monoparentale - ☐ Veuf

Bénéficiez-vous des minima sociaux (RSA, AAH...), si oui lesquels : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : _____

Adresse employeur : _____

Horaires de travail : De _____ à _____ Téléphone professionnel : / / / /

Nom et prénom du **MERE** : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

Future adresse (si déménagement) _____

_____ **95150 TAVERNY**

Date d'arrivée dans la commune : _____

Téléphone domicile : / / / /

Portable : / / / /

E-mail : _____ Véhicule : ☐ oui - ☐ non

Situation familiale : ☐ Marié - ☐ Pacsé - ☐ Divorcé - ☐ Vie maritale - ☐ Monoparentale - ☐ Veuf

Bénéficiez-vous des minima sociaux (RSA, AAH...), si oui lesquels : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : _____

Adresse employeur : _____

Horaires de travail : De _____ à _____ Téléphone professionnel : / / / /

Date présumée d'accouchement : _____

POUR LES ENFANTS À NAÎTRE, MERCI DE CONFIRMER LA NAISSANCE DANS LE MOIS QUI SUIT L'ÉVÉNEMENT. SANS NOUVELLE DE VOTRE PART, VOTRE DEMANDE NE POURRAIT ÊTRE CONSERVÉE. Nombre de frères et sœurs dans la famille : _____ frères et/ou _____ sœurs

NOM et PRENOM de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Enfant en situation de handicap ou bénéficiant de soins particuliers ☐ oui - ☐ non

Si oui, préciser le PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : _____

DATE DE PLACEMENT SOUHAITEE : _____

BESOINS D'ACCUEIL
NOMBRE DE JOURS* :

NOMBRE DE SEMAINES
D'ABSENCE :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
HORAIRES MATIN					
HORAIRES APRES MIDI					

**Dans le cas d'une proposition d'accueil, les horaires et le nombre de jours d'accueil déclarés vous engagent pour l'établissement du futur contrat.*

Autres renseignements : _____