

Autres renseignements:

PRÉ-INSCRIPTION CRÈCHES A PARTIR DU 4^{ème} MOIS DE GROSSESSE (Fournir la déclaration de grossesse)

Enfant accueilli de 2½ mois à 4 ans

Cadre réservé au service
Date de réception du dossier complet :

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

A retourner avec un **justificatif de domicile de moins de 3 mois et l'acte de naissance de** l'enfant si déjà né : Maison de la Petite enfance - 9 rue du chemin vert de Boissy - 95150 TAVERNY

ou par mail: petiteenfance@ville-taverny.fr 01 30 40 58 40 CRECHE FAMILIALE de 7h/19h * (Assistantes maternelles employées par la ville) ÉTABLISSEMENT MULTI-ACCUEIL de 7h/19h* (* Numéroter par ordre de choix) (de l à 5 jours/semaine) NOM et PRENOM de l'enfant né ou à naître : ou Date présumée d'accouchement : __ Date de naissance : __ POUR LES ENFANTS A NAITRE, MERCI DE CONFIRMER LA NAISSANCE DANS LE MOIS QUI SUIT L'EVENEMENT Enfant en situation de handicap ou bénéficiant de soins particuliers : ☐ Non ☐ Oui : DATE DE PLACEMENT SOUHAITÉE : Horaires LUNDI MARDI **MERCREDI** JEUDI **VENDREDI** Nombre de jours demandés : Arrivée Nombre de semaines d'absence de l'enfant : Départ 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. CIVILITÉ PARENT 1 **PARENT 2** NOM ET PRENOM ADRESSE ACTUELLE DATE ARRIVEE A TAVERNY E-MAIL (en majuscules) TÉLÉPHONE PORTABLE TÉLÉPHONE DOMICILE **PROFESSION** HORAIRES DE TRAVAIL VÉHICULE □ OUI □ OUI □ NON □ NON ☐ Pacsé ☐ Divorcé Situation familiale : □ Marié ☐ Vie maritale ☐ Monoparentale □ Veuf Bénéficiez-vous des minima sociaux, si oui lesquels : □ RSA □ AAH □ AUTRES _____ Avez-vous déjà eu un refus de place pour un autre enfant sur la commune de Taverny ? : 🗆 Non 🗀 Oui, en quelle année :

Le.....

Signature des parents :