

PRE-INSCRIPTION (2 mois ½ à 4 ans)

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

Cadre réservé
à la direction de la Petite enfance
Date : _____ N° _____

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) ÉTABLISSEMENT MULTI-ACCUEIL* (7H / 19H) HALTE-JEUX* (de 1 à 2 jours/semaine)
(*Numéroté par ordre de choix)

DATE DE PLACEMENT SOUHAITÉE : _____

Nom et prénom du **RESPONSABLE 1** : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

Futuro adresse (si déménagement) : _____
95150 TAVERNY

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 **RESPONSABLE 2** : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

Futuro adresse (si déménagement) : _____
95150 TAVERNY

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 A NAITRE, MERCI DE CONFIRMER LA NAISSANCE DANS LE MOIS QUI SUIT L'ÉVENEMENT. 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 né ou à naître : _____ Date de naissance : _____

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

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

BESOINS D'ACCUEIL NOMBRE DE JOURS* : _____		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
	HORAIRES MATIN					
NOMBRE DE SEMAINES D'ABSENCE : _____	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.

Mode d'accueil actuel et motif du changement : _____

Autres renseignements : _____