

Nom de l'enfant

Prénom

Date de naissance  
 ou Naissance prévue

Adresse

Tél. du domicile

E-mail

N° d'Allocataires CAF CAF Seine-et-Marne  oui  non

## PÈRE

Nom

Prénom

Tél. portable

N° Sécurité Sociale Régime général  oui  non  
**Si non, régime particulier (préciser):**

Profession  Cadre  Employé  Ouvrier  Profession libérale  Fonctionnaire  Etudiant  
 Recherche d'emploi  Sans profession  Congé parental  Autre (préciser):  
 Allocataire RSA

## MÈRE

Nom

Prénom

Tél. portable

N° Sécurité Sociale Régime général  oui  non  
**Si non, régime particulier (préciser):**

Profession  Cadre  Employé  Ouvrier  Profession libérale  Fonctionnaire  Etudiant  
 Recherche d'emploi  Sans profession  Congé parental  Autre (préciser):  
 Allocataire RSA

## FRÈRES, SŒURS, ENFANTS À CHARGE

Nom Prénom Âge

Nom Prénom Âge

Nom Prénom Âge

## AMPLITUDE D'ACCUEIL SOUHAITÉE POUR VOTRE ENFANT\*

Date souhaitée d'arrivée de l'enfant dans la structure

**Lundi** de \_\_\_ h à \_\_\_ h de \_\_\_ h à \_\_\_ h  
 **Mardi** de \_\_\_ h à \_\_\_ h de \_\_\_ h à \_\_\_ h  
 **Judi** de \_\_\_ h à \_\_\_ h de \_\_\_ h à \_\_\_ h  
 **Vendredi** de \_\_\_ h à \_\_\_ h de \_\_\_ h à \_\_\_ h

Autres renseignements ou souhaits

N'oubliez pas de joindre obligatoirement à ce document la **photocopie d'un justificatif de domicile** : quittance de loyer ou facture EDF datant de moins de trois mois ou avis d'imposition. **Si vous souhaitez un calcul personnalisé du coût de l'accueil veuillez cocher cette case**   
Le service petite enfance prendra rapidement contact avec vous. (\*) Veuillez vous référer aux règlements intérieurs des structures.