

DOSSIER D'INSCRIPTION

Choix de la structure (plusieurs choix possibles) :

Micro-Crèches		Jardin d'enfants Epona
15 rue Pierre Mendès France 94600 Choisy le Roi Du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00	3 rue de la résistance, Ccial Thiais Village 94320 Thiais Du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30	24 avenue Léon Gourdault 94600 Choisy le Roi Du lundi au vendredi de 8h15 à 17h45
Structures : <input type="checkbox"/> Merry : accueil de 4 à 18 mois <input type="checkbox"/> Sunny : accueil de 18 à 36 mois	Structures : <input type="checkbox"/> Skypia : accueil de 4 à 18 mois <input type="checkbox"/> Navi : accueil de 10 à 24 mois <input type="checkbox"/> Kokiri : accueil de 18 à 36 mois	Sections : <input type="checkbox"/> Petit : accueil de 2 à 3 ans <input type="checkbox"/> Moyen : accueil de 3 à 4 ans <input type="checkbox"/> Grand : accueil de 4 à 6 ans

Date de démarrage souhaitée : ____ / ____ / ____

Jours et heures de présence en structure :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Arrivée					
Départ					

Renseignements enfant :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance (ou d'accouchement) : ____ / ____ / ____ Age : _____

Domicile de l'enfant :

Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone du domicile (fixe) : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Renseignements parents :

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Employeur : _____
Adresse employeur : _____
Code postal : _____ Ville : _____
E-mail : _____
Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Téléphone travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Employeur : _____
Adresse employeur : _____
Code postal : _____ Ville : _____
E-mail : _____
Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Téléphone travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Situation familiale :

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf (ve)	Célibataire	Divorcés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne ayant la garde : _____
Nombre d'enfants à charge (y compris l'enfant accueilli) : _____
Nombre d'enfants en situation de handicap (y compris l'enfant accueilli) : _____
Numéro d'allocataire CAF : _____ Nom de l'allocataire : _____

Pièces d'inscription obligatoires

Dossier d'inscription ci-dessus dûment rempli	
Certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité de moins de 2 mois	
Certificat médical de délivrance du paracétamol	
Certificat médical de vaccination à jour ou photocopie du carnet de vaccination de l'enfant	
Photocopie du livret de famille	
Photocopie d'assurance responsabilité civile et individuelle en cours de validité pour l'enfant	
Relevé d'identité bancaire	
Dernier avis d'imposition des 2 parents	
Justificatif de domicile	
En cas de séparation des parents, document précisant l'autorité parentale, le droit de garde et l'élection du domicile de l'enfant	

Traitement de votre demande

