DEMANDE PRE-INSCRIPTION

L'îl ô Marmots – Crèche d'éveil
Rue de l'Eglise
59990 **ROMBIES-ET-MARCHIPONT**
Tél. 06.26.19.16.80
lilo.rombies@gmail.com

Quarouble ville partenaire

Avec la participation de la ville de **Vicq**

L'îl ô Marmots
Crèche d'éveil
Ouvert du lundi au vendredi de 7h à 19h30

Afin de prendre en considération votre demande de place régulière ou occasionnelle, nous avons mis en place ce petit questionnaire qui reprend l'ensemble des informations dont nous avons besoin pour la traiter. Prenez le temps de remplir ce formulaire car vous vous engagez sur la validité des informations qui s'y trouvent. La définition de votre besoin est aussi importante. Elle condition ne votre future intégration. Votre besoin doit être juste. Il doit tenir compte de votre rythme futur avec bébé et non de celui actuel (Ajustement de vos horaires de travail avec votre employeur, Maman ou Papa à 80%, journée(s) avec la ou les mamies,…). Si, après validation de notre part, votre besoin évoluait, nous ne pourrions vous garantir votre place. MERCI.

Monsieur (Prénom NOM)..... né le ..... à.....
Profession (Poste NOM Entreprise).....
Et/ou Madame (Prénom NOM)..... née le ..... à.....
Profession (Poste NOM Entreprise).....
Nous habitons (N°, rue/voie).....
à (Commune) ..... Code Postal [_ _ _ _ _]
Numéro CAF : [_ _ _ _ _ _ _] **CAF de** : Valenciennes ☐ Maubeuge ☐ **au NOM de** : Madame ☐ Monsieur ☐

Vous pouvez nous joindre aux numéro(s) suivant(s) : Maman (Mobile) :..... Travail de Maman :.....
Papa (Mobile) : ..... Travail de Papa : .....
Ou à la maison au : ..... Notre adresse Internet ..... @.....

Nous avons appris l'existence de votre crèche par ☐ une connaissance ☐ le bulletin municipal ☐ la presse ☐ Internet

Nous aimerions que notre enfant (Prénom NOM) ..... né(e) le .....
à (Ville PAYS) ..... soit accueilli à L'îl ô Marmots de manière ☐ Régulière (Crèche) ☐ Occasionnelle (Halte-garderie)
A partir de.....

☐ La sécurité, ☐ L'hygiène, ☐ L'éveil, ☐ la socialisation, ☐ Personnel qualifié, ☐ locaux adaptés, ☐ acquisition de l'autonomie,
☐ autres :..... font parties de nos attentes.

Nous avons aussi d'autres enfants à charge. Notre enfant à (Nombre) ..... frère(s) et/ou sœur(s).
Il(s) ou elle(s) s'appelle(nt) (Prénom NOM)..... né(e) le ..... à.....
(Prénom NOM)..... né(e) le ..... à.....
(Prénom NOM)..... né(e) le ..... à.....
(Prénom NOM)..... né(e) le ..... à.....

Son médecin traitant, le Dr (Prénom NOM Spécialité) .....
travaillant (Adresse complète).....
dont le numéro de téléphone est le ..... sera prévenu de son entrée en collectivité.

Notre besoin se définit ainsi :

SEMAINE	JOUR	*LUNDI*	*MARDI*	*MERCREDI*	*JEUDI*	*VENDREDI*
Semaine 1	Heure d'entrée – Heure de sortie					
Semaine 2 *(Si Poste)*	Heure d'entrée – Heure de sortie					
Semaine 3 *(Si Poste)*	Heure d'entrée – Heure de sortie					

Règles :
Définition des heures d'entrée et de sortie au ¼ d'heure
Pas de départ, ni d'arrivée entre **9h30 et 11h**, **12h et 13h30**, et **15h et 16h30 (moment des repas)**
Prévoir les temps de trajets
Prévoir les temps de transmission des informations à l'équipe = heure de prise en charge – 10 min

Les informations inscrites sur ce document restent confidentielles. Pour toutes informations complémentaires nous pouvons prendre contact avec Mélinda DRANSART ou Laëtitia PICARD au 06.26.19.16.80.

Nous certifions exact les informations.
Fait le :

Signature(s)