



RAM



CAF



Saint Just



Boisseron



Saussines



enfance &amp; jeunesse



Marsillargues



Lunel Viel



ENTRE-VIGNES

Entre-Vignes

# FICHE D'INSCRIPTION POUR LA RECHERCHE D'UN MODE D'ACCUEIL -PETITE ENFANCE-

*Cadre réservé au service*

Date du contact : .....

Prise du contact par : .....

*(Nom, Prénom et fonction)*

## Elle concerne les structures ou services suivants :

Crèche municipale à Saint Just	Micro Crèche Les Petits Princes à Saint Sériès
Micro Crèche Les Arlequins à Boisseron	Crèche intercommunale à Villetelle
Crèche Les Petits Loups à Marsillargues	Crèche associative Les Bisounours à Lunel Viel
RAM (Relais d'Assistant(e)s Maternel(le)s) - Communauté de Communes du Pays de Lunel	

Une prise de contact et/ou un rendez-vous individuel vous seront proposés dans les semaines suivant la réception de ce document renseigné (adaptée à votre demande).

**NB** : le 1<sup>er</sup> critère retenu lors des commissions d'attribution de places en crèche est votre lieu de résidence

## Vos coordonnées

*Merci de compléter l'ensemble des informations demandées pour le suivi de votre dossier*

Nom, Prénom du responsable légal de l'enfant : .....

Adresse : ..... Commune: .....

Tél. domicile : / / / / Tél port : / / / / Tél travail : / / / /

Email : .....

Nom, Prénom du (de la) conjoint(e) : .....

Adresse : ..... Commune: .....

Tél. domicile : / / / / Tél port : / / / / Tél travail : / / / /

Email : .....

Nom, Prénom de l'enfant : .....

*Préciser si enfant à naître*

Date de naissance (ou prévu) : / / 20

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'ACCUEIL

Date prévisionnelle du besoin d'accueil de l'enfant : ... /... /20...

Veillez renseigner le tableau ci-après :

Ordre de priorité *	Jour de la semaine	Amplitude horaire souhaitée	<i>* Numérotez vos priorités de 1 à 2</i>  <i>1 = Moyen de garde obligatoire, pas d'autres solutions envisageable</i>  <i>2 = Moyen de garde alternatif, d'autres modes d'accueil sont possibles ou existent déjà (parent, famille, assistante maternelle...)</i>
	<input type="checkbox"/> LUNDI	De h à h	
	<input type="checkbox"/> MARDI	De h à h	
	<input type="checkbox"/> MERCREDI	De h à h	
	<input type="checkbox"/> JEUDI	De h à h	
	<input type="checkbox"/> VENDREDI	De h à h	
	<input type="checkbox"/> SAMEDI	De h à h	
	<input type="checkbox"/> DIMANCHE	De h à h	

Choix du mode d'accueil (cocher les cases par n° de préférence) :

<input type="checkbox"/>	Accueil Collectif (Crèches, Micro crèches...)
<input type="checkbox"/>	Accueil individuel (Assistant(e)s Maternel(le)s...)

Commentaires (si besoin) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature des responsables légaux de l'enfant

A .....
Le.....
Signature

A .....
Le.....
Signature

Nous vous remercions de nous avoir accordé quelques minutes pour remplir ce document.  
Celui-ci est à remettre soit :

- Accueil de votre mairie ou SIVOM enfance & jeunesse
- Communauté de Communes du Pays de Lunel  
Service Enfance- M TAPIE Olivier- Responsable Secteur Petite Enfance  
386 avenue des abrivados 34 400 LUNEL
- Par mail à l'adresse suivante : [petite.enfance@paysdelunel.fr](mailto:petite.enfance@paysdelunel.fr)