

**Multi-Accueil CHARCOT SPANEL**

81 rue pierre de Coubertin

50100 CHERBOURG-EN-COTENTIN

06 71 90 01 71

creche.charcotspanel@pep50.fr

**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION FAMILLE**

Ce dossier vous permet de déposer par voie postale ou par mail votre demande d’accueil pour votre ou vos enfants au sein de la structure multi-accueil Charcot Spanel. L’inscription en crèche sera possible après validation de votre dossier auprès de la direction de l’association des PEP 50. Pour que l’accueil soit effectif, il vous sera demandé de nous fournir l’ensemble des documents requis.

**RESPONSABLES LEGAUX**

**RESPONSABLE 1 :**

|  |
| --- |
| Civilité : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : |
| Lieu de naissance avec département : |
| Nationalité : |
| Adresse postale : |
| Téléphone principal : |
| Téléphone 2 : |
| Messagerie électronique : |
| Régime allocataire : CAF  MSA  Autre |
| Numéro d’allocataire : |
| Situation familiale : |
| Autorité parentale : Oui  Non |
| Profession : |
| Temps plein : Temps partiel : Sans activité : |
| Adresse de travail : Téléphone professionnel : |

**RESPONSABLE 2 :**

|  |
| --- |
| Civilité : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : |
| Lieu de naissance avec département : |
| Nationalité : |
| Adresse postale : |
| Téléphone principal : |
| Téléphone 2 : |
| Messagerie électronique : |
| Régime allocataire : CAF  MSA  Autre |
| Numéro d’allocataire : |
| Situation familiale : |
| Autorité parentale : Oui  Non |
| Profession : |
| Temps plein : Temps partiel : Sans activité : |
| Adresse de travail : Téléphone professionnel : |

**COMPOSITION FAMILIALE**

|  |
| --- |
| Nombre d’enfants : |
| Nombre d’enfants à charge : |
| Nombre d’enfants en situation de handicap dans la famille : |

**FRATRIE NE FREQUENTANT PAS LA STRUCTURE CHARCOT SPANEL**

|  |
| --- |
| Sexe : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : |
| Sexe : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : |
| Sexe : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : |
| Sexe : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : |

**ENFANTS A ACCUEILLIR DANS LA STRUCTURE CHARCOT SPANEL**

**ENFANT A ACCUEILLIR 1**

|  |
| --- |
| Sexe : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : Date Prévue d’Accouchement : |
| Lieu de naissance et département ; |
| Nationalité : |
| Adresse postale : |
| Médecin traitant : |
| Allergies connues : |
| Régime alimentaire : |
| Suivi PMI : |

**ENFANT A ACCUEILLIR 2**

|  |
| --- |
| Sexe : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : Date Prévue d’Accouchement : |
| Lieu de naissance et département ; |
| Nationalité : |
| Adresse postale : |
| Médecin traitant : |
| Allergies connues : |
| Régime alimentaire : |
| Suivi PMI : |

**TYPE D’ACCUEIL SOUHAITE**

|  |
| --- |
| L’accueil est régulier lorsque les besoins sont connus à l’avance et sont récurrents. |
| Accueil régulier à planning régulier : Oui  Non |
| Accueil régulier à planning variable : Oui  Non |
| L’accueil est occasionnel lorsque les besoins sont connus à l’avance, sont ponctuels et ne sont pas récurrents. |
| Accueil occasionnel : Oui  Non |

**DATE PREVISIONNELLE DE L’ACCUEIL SOUHAITE**

|  |
| --- |
|  |

**HORAIRES SOUHAITES DES ENFANTS A ACCUEILLIR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|  |  |  |  |  |

**COMMENTAIRES**

|  |
| --- |
|  |

**DATE, NOMS & SIGNATURES**