

DEMANDE DE PRÉ-INSCRIPTION EN CRÛCHE

✓ Pièces justificatives à fournir impérativement :

Pour les enfants nés

- Photocopie des pages de vaccination (P 90 à 93),
- Photocopie d'un justificatif de domicile,
- Attestation de la CAF,
- Photocopie feuille impôts N-2 (uniquement pour les parents non affiliés à la CAF),
- Photocopie de la carte vitale – ou – de l'attestation de sécurité sociale où est rattaché l'enfant,
- Certificat médical fourni, à compléter par le médecin,
- Ordonnance de paracétamol fournie, à compléter par le médecin,
- Attestation d'assurance responsabilité civile (en cours de validité) où apparaissent le nom et le prénom de l'enfant accueilli.

Pour les enfants à naître :

- Attestation de la CAF,
- Photocopie d'un justificatif de domicile,
- Photocopie feuille impôts N-2 (uniquement pour les parents non affiliés à la CAF).

A joindre après la naissance de l'enfant :

- Photocopie des pages de vaccination (P 90 à 93)
- Photocopie de la carte vitale ou de l'attestation de sécurité sociale où est rattaché l'enfant,
- Certificat médical fourni, à compléter par le médecin,
- Ordonnance de paracétamol fournie, à compléter par le médecin,
- Attestation d'assurance responsabilité civile (en cours de validité) où apparaissent le nom et le prénom de l'enfant accueilli.

✓ Instruction de votre dossier

Après instruction de votre demande, le dossier sera :

- Soit sur liste d'attente,
- Soit une place de halte-garderie vous sera proposée,
- Soit un refus motivé sera prononcé,

Une réponse à votre dossier de pré-inscription vous sera apportée sous un délai de 15 jours.

✓ Demande à retourner ou à déposer :

- Hôtel de ville
Place Henri-Barbusse
B.P. 202
76141 Petit-Quevilly Cedex

RESERVE A L'ADMINISTRATION
Dossier n° :.....

NOM de l'enfant : Prénom :
 Date de naissance ou date d'accouchement prévue :

Date de la demande : Date d'admission souhaitée :

Pré inscription dans une crèche : oui..... non

Mode de garde actuel :

Motif de la demande :

Temps de garde souhaité : temps plein temps partiel

Horaires de présence :

lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi

Représentant légal 1	Représentant légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
E-mail :@	E-mail :@
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparé	Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparé
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Affilié CAF : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Affilié CAF : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, n° C.A.F. :	Si oui, n° C.A.F. :
Mutuelle :	Mutuelle :
Nombres d'enfant(s) à charge :	Nombres d'enfant(s) à charge :
Remarques :	Remarques :
Signature,	Signature,