COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU VAL DE SULLY

MULTI ACCUEIL

demande de place

N° allocataire CAF :

Père	
Nom **Prénom** **Tel port:**	**Profession** **Employeur** **situé à :** **Tel trav :**
Mère	
Nom **Prénom** **Tel port :**	**Profession** **Employeur** **situé à :** **Tel trav :**
Adresse : **CP :** **Commune :**	**Tel domicile :** **E-mail :**
Enfant	**Sexe : f / m**
Nom	**Prénom**
Date de naissance prévisionnelle :	Né (e) le :
Date d'entrée souhaitée :	Confirmation de la place le…….. (cadre réservé, ne rien inscrire)

La famille comprend t'elle un enfant porteur de handicap ? :
La demande concerne t'elle cet enfant ? :

Amplitude hebdomadaire demandée : ……..
Nombre de semaines d'accueil du 1er septembre 2020 au 31 juillet 2021 : ……

Rythme et horaires d'accueil : réguliers / variables

	lundi	**mardi**	**mercredi**	**jeudi**	**vendredi**
Semaine type	De h	De h	De h	De h	De h
	à h	à h	à h	à h	à h
	lundi	**mardi**	**mercredi**	**jeudi**	**vendredi**
Semaine 2 si différente	De h	De h	De h	De h	De h
	à h	à h	à h	à h	à h

Fait à le
Signatures

Votre demande doit être confirmée dans le mois qui suit la naissance de votre enfant
L'absence de confirmation équivaut à une annulation de votre demande d'inscription.
Veuillez nous faire parvenir un extrait d'acte de naissance ou la photocopie du livret de famille

e-mail : multiaccueil.sully@valdesully.fr **N° de Tel : 02.38.36.30.41**