

Formulaire d'inscription sur la liste d'attente de la crèche

Tél : 04 94 81 30 11

poleenfance@ville-sainttropez.fr

Date de la demande :

Renseignements relatifs à l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance ou date de naissance prévue :

 / /

Sexe : F

M

Renseignements relatifs au foyer

	Responsable 1	Responsable 2
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
NOM et Prénom		
Email		
Téléphone portable		
Téléphone domicile		
Adresse et complément		
CP et Ville		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié-e <input type="checkbox"/> Pacsé-e <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé-e <input type="checkbox"/> Séparé-e <input type="checkbox"/> Veuf-ve	
Situation professionnelle :	<input type="checkbox"/> A l'année <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> En formation <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi	<input type="checkbox"/> A l'année <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> En formation <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi
Nom et adresse de l'employeur		

Nombre d'enfants à charge :

	Nom Prénom	Date de naissance	Mode de garde ou nom de l'école si scolarisé
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

Modalités d'accueil souhaitées

Date de reprise du travail ou date d'accueil souhaitée :

Accueil permanent

Accueil occasionnel

Jours et horaires souhaités (la crèche est ouverte du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h00) :

Renseignements complémentaires

Etes-vous bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) ? oui : non :

Rencontrez-vous des difficultés sociales particulières (parent seul, séparation, problème de logement, difficultés dans la prise en charge de votre enfant...) ?

A

le

Le parent 1

Le parent 2

LEI MÔUSSSI