



DEMANDE DE PLACE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

Dossier à retourner complet au

Service Petite Enfance, Espace du Docteur Raybaud, 1 Rue Renan – RDC
04.94.06.97.13 – Mail : petiteenfance@la-seyne.fr

IDENTIFICATION DE VOS BESOINS

Accueil souhaité à partir du :

.....

Type d'accueil

- Régulier Occasionnel
 Temps plein Temps partiel Mi-temps

Structure de votre choix

(mettre par ordre de préférence de 1 à 4)

- Josette Vincent (ex Romain Rolland)
 Elsa Triolet
 Le Petit Monde
 Irène Joliot Curie

Les horaires d'accueil souhaités

- Lundi :h àh
 Mardi :h àh
 Mercredi :h àh
 Jeudi :h àh
 Vendredi :h àh

Les structures municipales

Les multi-accueils municipaux accueillent les enfants de 3 mois à 4 ans

Quartier Sud

Multi-Accueil Josette Vincent
Horaires d'ouverture : de 7h30 à 18h30
Capacité d'accueil : 55 places

Quartier Nord

Multi-accueil Elsa Triolet
Horaires d'ouverture : de 7h30 à 18h30
Capacité d'accueil : 44 places

Quartier Sud

Mlti-accueil Irène Joliot-Curie
Horaires d'ouverture : de 7h30 à 18h30
Capacité d'accueil : 40 places

Quartier Nord

Multi-accueil Le Petit Monde
Horaires d'ouverture : de 7h30 à 17h30
Capacité d'accueil : 33 places

Autorisation données CAF

Je soussigné(e) : Mme – Mr

- Autorise N'autorise pas

Le service Petite Enfance à utiliser mes données transmises par la CAF du Var

Signature :

N° de dossier:

RENSEIGNEMENT ADMINISTRATIF

L'enfant

Nom : Prénom :
Date de Naissance : Ou date du terme :
Sexe : Féminin Masculin

Situation de famille

Concubinage Pacsés Mariés
 Séparés géographique Célibataire Séparés
 Divorcés Veuf(ve)

Domicile de l'enfant :

Mère Père
 Garde Alternée
 Tuteur Assistant(e) Familial(e)

Premier parent

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance:.....
Adresse :
.....
.....
N° Tél domicile :/...../...../...../.....
N° Tél portable:/...../...../...../.....
N°Tél professionnel:/...../...../...../.....
Mail :
N° d'allocataire :

Régime : Général MSA Autres

Situation professionnelle :

Profession:.....
 Congés parental
 En formation professionnelle
 Demandeur d'emploi Au foyer
 Maladie longue durée

Deuxième parent

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance:.....
Adresse :
.....
.....
N° Tél domicile :/...../...../...../.....
N°Tél portable:/...../...../...../.....
N°Tél professionnel:/...../...../...../.....
Mail :
N° d'allocataire :

Régime : Général MSA Autres

Situation professionnelle :

Profession:.....
 Congés parental
 En formation professionnelle
 Demandeur d'emploi Au foyer
 Maladie longue durée

Informations sur la famille

Nombre d'enfants au foyer ? 1 2 3 4 5 6 et plus

Avez-vous un autre enfant accueilli en crèche actuellement ?

Oui et il y sera encore Oui mais il n'y sera plus Non

Avez-vous des enfants à faire accueillir en même temps ? Oui Non

Il s'agit : De jumeaux D'enfants d'âge rapprochés

Y-a-t-il un membre de la famille en situation de handicap et/ou suivi PMI/CAMPS? Oui Non

L'enfant Dans la fratrie Un des deux parents Les deux parents