



Micro-crèche Ventoudoux  
Association Trait d'Union  
5 Rue des Ecoles  
48220 Le-Pont-De-Montvert

## Demande d'accueil Micro-crèche Ventoudoux

### Association Trait d'Union

Date de retrait de la demande : ..... Date de retour de la demande : .....

#### L'ENFANT :

NOM : ..... PRENOM (si l'enfant est né) : .....

DATE DE NAISSANCE (ou date prévue) : .....

#### BESOIN DE D'ACCUEIL :

Horaires d'ouverture 8h30-18h30	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
HEURE D'ARRIVEE				
HEURE DE DEPART				

Date souhaitée pour le premier jour d'accueil : .....

**Prévoir une période d'adaptation de 2 à 3 semaines avant cette date.**

#### TYPE D'ACCUEIL SOUHAITE :

- Régulier** : accueil selon un planning établi fixe.
- Régulier au prévisionnel** : accueil en fonction du planning fourni par la famille au moins un mois à l'avance (professions hospitalières par exemple).
- Occasionnel** : accueil sur demande de la famille et en fonction des places disponibles.

**La micro-crèche est fermée cinq semaines par an (une semaine en Noël et le jour de l'An, une semaine pendant les vacances de printemps, et trois semaines au mois d'août).**

Contact : Cécilia LECLERCQ Co-Référente  
06 78 96 75 12

Marie MOURET Référente Technique  
crechesnordsml@gmail.com  
06 14 52 40 27



**PARENT(S) OU REPRESENTANT(S) LEGAL(AUX) :**

NOM : .....

NOM .....

PRENOM : .....

PRENOM : .....

SITUATION :

SITUATION :

EMPLOI TEMPS PLEIN

EMPLOI TEMPS PLEIN

EMPLOI TEMPS PARTIEL

EMPLOI TEMPS PARTIEL

SANS EMPLOI (Chômage)

SANS EMPLOI (Chômage)

SANS EMPLOI (RSA)

SANS EMPLOI (RSA)

EN « CONGE » PARENTAL

EN « CONGE » PARENTAL

AUTRE : .....

AUTRE : .....

LIEU DE TRAVAIL : .....

LIEU DE TRAVAIL : .....

ADRESSE (domicile) : .....

ADRESSE (si différente) : .....

.....

.....

CODE POSTAL : .....


CODE POSTAL : .....

VILLE : .....

VILLE : .....

 : .....

 : .....

 : .....@.....

 : .....@.....

Signatures du/des parent(s) ou du/des représentant(s) légal(aux) :