



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



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

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) :

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

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