

ANNEXE 2 DEMANDE DE RESERVATION - BESOINS D'ACCUEIL

Date de réception de la demande d'inscription : Date d'admission sollicitée :	<i>Cadre réservé établissement</i>
--	--

Nous soussignés M..... et Mme

agissant en qualité de père mère autre (à préciser)

Domiciliés (1)
.....

Travaillant à (2)
.....

Profession
.....

Téléphone fixe
.....

Téléphone portable
.....

Mail
.....

Représentant CAF N° Allocataire CAF

Autres régimes (MSA, Conseil de l'Europe ...)

Bénéficiaire des minima sociaux ? Oui Non

Si oui précisez lequel

RSA AAH Allocation de Solidarité Spécifique

confirmons la demande d'accueil de notre enfant

Nom –Prénoms.....

Date de naissance..... à

PERIODE d'Accueil souhaitée : à partir du

Jusqu'au

(1) Adresse complète – père et mère si adresse différente

(2) Nom de l'employeur et localité de l'entreprise

Autres enfants :

Nom –Prénoms

Date de naissance

Calendrier hebdomadaire de réservation à compléter :

(mettre une croix dans les cases choisies)

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Avant 7h00							
7h00	8h00						
8h00	9h00						
9h00	10h00						
10h00	11h00						
11h00	12h00						
12h00	13h00						
13h00	14h00						
14h00	15h00						
15h00	16h00						
16h00	17h00						
17h00	18h00						
18h00	19h00						
Après 19 h00							

Un calendrier variable selon les semaines est possible.

Acceptez-vous d'autres jours si non disponibilité : Oui Non

Minimum de jours d'Accueil souhaité : 1 2 3 4 5 6

Le :

Signature :