PARTIE RÉSERVÉE AU MULTI-ACCUEIL	Formulaire reçu le :
Document à joindre : **justificatif de domicile**	

PREMIÈRE PRISE DE CONTACT
MULTI-ACCUEIL LE BONHOMME DE NEIGE

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : …….. PRÉNOM : …….

Naissance prévue le : ……..

OU date de naissance : …….. Lieu de naissance : ……

INFORMATIONS CONCERNANT LES REPRÉSENTANTS

	REPRÉSENTANT LÉGAL 1	REPRÉSENTANT LÉGAL 2
Nom et prénom		
Situation maritale		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Numéro de téléphone	Portable :	Portable :
Adresse mail		
Adresse		
Profession		
Numéro de téléphone	Travail :	Travail :
Adresse employeur		
Numéro d'allocataire CAF donne l'accès aux revenus déclarés pour calcul du taux horaire	Caf de l'Isère : OUI NON N° allocataire :	

AUTRES ENFANTS À CHARGE

NOM	PRÉNOM	Date de naissance

BESOINS DE GARDE

Date de familiarisation souhaitée : ……

Jours et horaires d'accueil souhaités (5 jours maximum par semaine) :

Intersaison : du lundi au vendredi 8h-18h / Saison : du lundi au dimanche 8h-18h30

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Intersaison automne							
Saison hiver							
Intersaison printemps							
Saison été							

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS OU REMARQUES PARTICULIÈRES :

……

……

LE MÉDECIN DE FAMILLE OU LE PÉDIATRE DE L'ENFANT

NOM	**Dr**
Adresse :	
Téléphone :	
Informations concernant l'enfant :	

Fait à, le :

Signature du représentant légal,