

SERVICE PETITE ENFANCE

Contact : 0 8000 13 140 ccas@mairie-miramas.fr

DATE / /

N° ENREGISTREMENT

DI REG

MAT

DI OCC

CCAS DE MIRAMAS

Maison de l' enfance et de la jeunesse
1 Promenade de la Crau - La Maille 2
Les Jardins d'Ariane - 13140 Miramas

Nom / Prénom de l'enfant 1:

Nom / Prénom de l'enfant 2:

Date de naissance :

Date de naissance :

Date de placement souhaité :

BESOIN DE PLACEMENT

- Régulier (place réservée) Occasionnel (place non réservée)
 Jardin maternel (pas de repas fourni)

| JOURS SOUHAITÉS | HORAIRES MATIN | HORAIRES APRÈS-MIDI | REPAS |
|-----------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| LUNDI | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| MARDI | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| MERCREDI | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| JEUDI | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| VENDREDI | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

INFORMATIONS MÉDICALES : Allergie Alimentaire Allergie Médicamenteuse Asthme Autre PAI à prévoir. Si OUI, précisez :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et m'engage à informer le service petite enfance de tout changement concernant ma demande et/ou situation.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des établissements d'accueil petite enfance.

Signature des parents :