



**Fiche de préinscription**

**Réservée aux familles domiciliées sur le territoire de la communauté Val de Cher-Controis**

 Multi Accueil de Contres Multi Accueil de St Aignan

 8 rue de la Gare 2 rue des Champs

 41700 CONTRES 41110 SAINT AIGNAN

 Tél : 02.54.78.17.76 Tél : 02.54.32.80.72

 contres@people-and-baby.com saintaignan@people-and-baby.com

 **Du lundi au vendredi de 7 h 45 à 18 h 45 Du lundi au vendredi de 8 h à 18 h**

 Micro crèche Balan’Selles Multi Accueil de Montrichard

 7 allée des Soupirs La Maison des Lutins

 Tél : 02.54.97.65.04 32 rue du Gazomètre

 microcrecheselles@gmail.com 41400 MONTRICHARD

 **Du lundi au vendredi de 8 h à 18 h** petite-enfance@montrichardvaldecher.fr

 **Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8 h 30 à 17 h 30**

Multi accueil « A petits pas »

21, route de Thenay

41400 Pontlevoy

02 54 32 15 63

apetitspaspontlevoy@orange.fr

**Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h15 à 16h45.**

**Préinscription à partir de 6 mois de grossesse**

Quel que soit le besoin de garde souhaité , merci de bien vouloir retourner la fiche de préinscription à la responsable de l’établissement d’accueil de votre 1er choix avec un justificatif de domicile.

Penser confirmer la naissance de l’enfant à directrice de la structure de votre 1er choix

**Les parents :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Parent 1 | Parent 2 |
| Nom Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Adresse mail |  |  |
| Activité/formation | Entourez oui non | Entourez oui non |
| Nom de l’employeur |  |  |
| Adresse |  |  |

**Le foyer :**

Situation de famille :  célibataire  en couple

Nombre d’enfants à charge (hors grossesse en cours) :…………………………………………………………………………………..

Pour l’enfant à naître, date d’accouchement prévue :…………………………………………………………………………………….

Présence d’enfant porteur de handicap au sein du foyer :  oui  non

**Enfant (s) préinscrit (s) :**

Pour chacun des enfants que vous souhaitez inscrire, précisez :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1er enfant** | **2ème enfant** | **3ème enfant** |
| Nom et prénom de l’enfant |  |  |  |
| Date de naissance |  |  |  |

**Choix du lieu d’accueil :**

Si plusieurs lieux sont envisagés mettre en premier le lieu préféré

 Multi accueil de Contres  Multi accueil de Saint Aignan

 Micro crèche Balan’Selles  Multi accueil de Montrichard

 Multi accueil de Pontlevoy

*Indiquer votre choix par les chiffres 1,2,3,4 ou 5*

**Temps d’accueil pour l’enfant (s) :**

Date de début d’accueil souhaitée :………………………………………………………………………………………………………………..

Date de fin du contrat envisagé :…………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Horaires de présence de l’enfant souhaité** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **Arrivée** |  |  |  |  |  |
| **Départ** |  |  |  |  |  |

**L’enregistrement de votre demande sera confirmé par la directrice de la structure du choix numéro 1.**

**En fonction du type d’accueil, des pièces complémentaires pourront vous être demandées.**

La commission d’attribution des places en **accueil régulier** se réunit 2 fois par an, au minimum, pour examiner les demandes.

Date de la demande :

Signature des parents :

|  |
| --- |
| Réservé au cadre administratifDate de réception de la demande :………………………………………………………………………… |