



**Fiche de préinscription**

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

 **Multi Accueil à Contres** **Multi Accueil à St Aignan**

 8 rue de la Gare 2 rue des Champs Gérons

 41700 CONTRES 41110 SAINT AIGNAN

 Tél : 02.54.78.17.76 Tél : 02.54.32.80.78

 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 La maison des lutins**

 7 Allée des Soupirs 38 rue des Bois

 41130 SELLES/CHER 41400 MONTRICHARD VAL DE CHER

 Tél : 02.54.97.65.04  Tél : 02.54.93.70.13

 microcrecheselles@gmail.com la-maison-des-lutins@orange.fr

 **Du lundi au vendredi de 7h30 à 18 h** **Du lundi au vendredi de 8h à 18h**

**Micro-crèche A petits pas**

21, route de Thenay

41400 PONTLEVOY

Tel : 02.54.32.15.63

apetitspaspontlevoy@orange.fr

**Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 17h**

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

En 1 le lieu préféré

 Multi accueil à Contres  Multi accueil à Saint Aignan

 Micro-crèche à Selles/Cher  Multi accueil à Montrichard Val de Cher

 Micro-crèche à Pontlevoy

**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 :………………………………………………………………………… |