

# FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION AU MULTI-ACCUEIL « LA COCCINELLE »

CCAS 24 rue de la Wantzenau – 67116 REICHSTETT

Téléphone : 03 67 22 02 47

Nombre d'enfants à charge ..... Dont ..... handicapés

Dont nombre d'enfant déjà inscrit dans la structure |\_|\_|

## Régime d'appartenance :

Régime Général     M.S.A     SNCF     Conseil de l'Europe

Autre (à préciser).....

Numéro de Sécurité Sociale .....

Numéro d'allocataire CAF ou MSA .....

## MEDECIN TRAITANT

NOM .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL |\_|\_|\_|\_|\_| VILLE .....

## SOUHAIT DE TYPE DE GARDE

Lundi de ..... h à ..... h

Mardi de.....h à ..... h

Mercredi de..... h à ..... h

Jeudi de ..... h à ..... h

Vendredi de.....h à .....h

Date prévisionnelle d'entrée dans la structure |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

## PIÈCES À JOINDRE

- Avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification de droits et de paiements de la C.A.F ou autres régimes datant de moins de 3 mois

DATE |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

SIGNATURES

# FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION AU MULTI-ACCUEIL « LA COCCINELLE »

CCAS 24 rue de la Wantzenau – 67116 REICHSTETT

Téléphone : 03 67 22 02 47

## ENFANT (S) A NAITRE

Terme prévu : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

## ENFANT (S) SOUHAITANT INTEGRER LA STRUCTURE

NOM ..... Prénoms .....

Date de naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Allergies / particularités de l'enfant (situation de handicap) :

NOM ..... Prénoms .....

Date de naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Allergies / particularités de l'enfant (situation de handicap) :

## SITUATION FAMILIALE

Célibataire  marié (e) (pacsé)  union libre  veuf (ve)  divorcé (e)  autre  
(à préciser) .....

### MERE :

NOM (de jeune fille) ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse personnelle .....

Téléphone personnel |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse professionnelle .....

Téléphone professionnel |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Mail : .....

### PERE :

NOM ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse personnelle .....

Téléphone personnel |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse professionnelle .....

Téléphone professionnel |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Mail .....

### REPRÉSENTANT LÉGAL ayant la charge de l'enfant :

NOM ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse personnelle .....

Téléphone personnel |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

*Les dossiers seront examinés lors d'une Commission d'Attribution  
Tout dossier incomplet sera REFUSÉ*