



**Fiche de renseignement
Accueil Petite Enfance**
(ne garantissant pas obligatoirement une place)

ENFANT

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Date accouchement prévue :

Date de l'accueil souhaitée :

Nombre de jours **d'accueil régulier** par semaine : L M M J V

Horaires d'accueil : Matin (arrivée):..... Soir (départ) :.....

Je souhaite un **accueil occasionnel** : Oui Non

(Quelques heures matin ou après-midi) en fonction des places disponibles

Nom du Parent 1 :

Nom du Parent 2 :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Nombre d'enfants à charge : 1 2 3 4 5

N° Tél domicile :

N° tél domicile :

N° Tél Portable :

N° Tél Portable :

@mail :

@mail :

Agent de la commune de Goussainville :

Agent de la commune de Goussainville :

 Oui Non Oui Non

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

 Pacsés Mariés Divorcés Séparés Vie Maritale Célibataire

IMPORTANT

Les inscriptions sont à renouveler chaque année après la décision de la commission.

Je certifie l'exactitude des informations fournies et je m'engage à déclarer tout changement de situation.

Signature des parents :

