

118, Route de Plaimpalais | 74540 ALBY-SUR-CHERAN
04 50 68 40 00 | accueilmisp@sipalby.fr | www.sipalby.fr

FICHE DE PRÉINSCRIPTION

LA PRÉINSCRIPTION PREND EFFET À LA DATE DE RÉCEPTION DE CETTE FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS, COMPLÉTÉE ET ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES SUIVANTES :

- ✓ **justificatif de domicile récent** (eau, électricité ou taxe d'habitation - attention, les factures de téléphone ne seront pas prises en compte)
- ✓ **justificatif d'activité professionnelle des deux parents** si la demande est supérieure à 2 jours/semaine (attestation de travail, bulletin de salaire du mois précédant la demande)

DEMANDE DE PLACE :

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le ou naissance prévue le

Adresse :

Rue :

CP :

Ville :

Accueil régulier

(contrat valable du 01/09 au 31/08). *La rentrée de la crèche se fait uniquement début septembre.*

JOUR	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Heure d'arrivée					
Heure de départ					

Ou nombre de jours prévisionnels souhaités :

Accueil occasionnel

(par demi-journée, selon les places disponibles)

ETAT CIVIL DES PARENTS :

Nom du **Parent 1** : Prénom :

Adresse :

Rue :

CP :

Ville :

mail * : @

Profession :

Employeur: Lieu:

Si congé parental, date de reprise du travail :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Nom du **Parent 2** : Prénom :

Adresse :

Rue :

CP :

Ville :

mail * : @

Profession :

Employeur: Lieu:

Si congé parental, date de reprise du travail :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

** Les adresses mail communiquées sont régulièrement utilisées par le secrétariat.*

Merci de nous informer de tout changement éventuel afin de garantir la transmission des informations.



**Syndicat Intercommunal
du Pays d'Alby**

118, Route de Plaimpalais
74540 ALBY-SUR-CHERAN

04 50 68 40 00

accueilmisp@sipalby.fr