

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## Place en accueil occasionnel

### Établissements d'Accueil du Jeune Enfant de Mions

#### FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

##### Renseignements enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (ou d'accouchement): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grossesse gémellaire en cours:  Oui  Non  
 Date d'inscription: \_\_\_\_\_

##### Domicile de l'enfant :

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone du domicile (fixe) : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

##### Renseignements 1er parent :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Adresse (si différente de celle de l'enfant): \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Travail à: \_\_\_\_\_ temps plein ou \_\_\_\_\_ travail à temps partiel à \_\_\_\_\_ % ( rayez la mention inutile)  
 Adresse employeur : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

##### Renseignements 2ème parent :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Adresse (si différente de celle de l'enfant): \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Travail à:  temps plein ou  travail à temps partiel à \_\_\_\_\_ %  
 Adresse employeur : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

##### Situation familiale :

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf (ve)	Célibataire	Divorcés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne ayant la garde : \_\_\_\_\_  
 Nombre d'enfants à charge (y compris l'enfant accueilli) : \_\_\_\_\_  
 Nombre d'enfants en situation de handicap (y compris l'enfant accueilli) : \_\_\_\_\_  
 Numéro d'allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Nom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

### **FORMULATION DU BESOIN D'ACCUEIL**

Date d'entrée souhaitée: \_\_\_\_\_

Établissement souhaité en priorité:  Les P'tits Fripons       Les Diablotins

Section concernée:  Petits-moyen       Grands

Jours et heures de présence souhaités:

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Heure d'arrivée (Minimum 7h30)					
Heure de départ (maximum 18h)					

Appui de la demande par la PMI:  Non    Oui : nombre de jours de gardes préconisés: \_\_\_\_\_

Évolution du besoin de garde en cours d'année:  Non    Oui , précisez: \_\_\_\_\_

Notes:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---