

### DIRECTION DE L'ANIMATION

Service Petite Enfance

34 rue du Plessis

02-40-29-73-36

petiteenfance@lachapellesurerdre.fr

Dossier à retourner au service Petite Enfance

Demande reçue le :

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Votre (futur) enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ou accouchement prévu le : \_\_\_\_\_

### Sa famille

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Téléphone	_____	_____
Adresse e-mail	_____	_____
N° allocataire CAF ou MSA	_____	_____
<b><u>Situation professionnelle</u></b>		
Profession	_____	_____
Employeur	_____	_____
Lieu de travail	_____	_____
Recherche d'emploi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Formation	du _____ au _____	du _____ au _____
Congé parental	du _____ au _____	du _____ au _____
<b><u>Situation familiale</u></b>		
Vivez-vous seul(e) et élevez-vous seul(e) votre (vos) enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b><u>Ressources perçues</u></b>		
Percevez-vous le RSA (Revenu de Solidarité Active) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Percevez-vous l'AAH (Allocation pour Adulte Handicapé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Autre(s) enfant(s) composant la famille :**

Nom	Prénom	Date de naissance	École fréquentée ou mode d'accueil

**Accueil souhaité (critères retenus pour la Commission d'Attribution des Places)**

À partir de (mois + année) : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_

**📌 LES HORAIRES SONT MODIFIABLES À CHAQUE RÉACTIVATION**

Acceptez- vous une proposition partielle, à défaut d'une possibilité de garde couvrant tous vos besoins ?:

Oui précisez : \_\_\_\_\_  Non

Si l'enfant est déjà accueilli, précisez le mode de garde actuel : \_\_\_\_\_

**Préférences concernant le lieu d'accueil**

	Merci d'entourer vos priorités				
Établissement municipal « 1, 2, 3, soleil »	1	2	3	4	5
Établissement municipal « Il était une fois »	1	2	3	4	5
Établissement municipal « La Capucine »	1	2	3	4	5
Établissement associatif « Les Petits Pas du Ploreau »	1	2	3	4	5
Établissement associatif « Les Petits Queniaux »	1	2	3	4	5

**Ouverture des établissements de 7h30 à 18h30 sauf pour « Il était une fois » de 8h à 18h.**

**Informations qui vous semblent indispensables pour répondre, au plus près, à votre demande :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Concernant votre demande**

Elle doit être impérativement réactivée aux mois d'octobre et de janvier par mail à [petiteenfance@lachapellesurordre.fr](mailto:petiteenfance@lachapellesurordre.fr) ou par courrier. **Sans rappel, cette demande sera annulée.**

**Concernant la réponse**

Les jours et les heures d'accueil indiqués en page 2 seront ceux retenus lors de la Commission d'Attribution des Places.

Vous recevrez le résultat de la commission par mail.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

*Toutes les informations transmises revêtent un caractère de confidentialité.*

*Les personnes qui rencontreraient des difficultés pour remplir ce document  
sont invitées à prendre rendez-vous au service Petite Enfance.*

*Cadre réservé au service*

**Suivi de votre demande**

Date du contact	Observations