



*****PRE-INSCRIPTION*****

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le présent document dûment complété soit par email : creche@ghisonaccia.corsica soit directement en main propre

Nom & Prénom de l'enfant :

Date de naissance (ou date de naissance prévue de l'enfant) :

Nom & Prénom de la mère : En activité : OUI NON

Nom & Prénom du père : En activité : OUI NON

Adresse :

.....

Téléphone / Portable :

Adresse Email :

Allocataire CAF N° : Allocataire MSA N° :

Date d'admission souhaitée :

Jours souhaités :

	Accueil en Journée	Accueil le matin uniquement	Accueil l'après-midi uniquement
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acceptez-vous l'accueil occasionnel (accueil selon les places disponibles) : Oui Non

Informations complémentaires :

.....

Date :

Signature



AUTORISATION CAF MON COMPTE PARTENAIRE

Je soussigné(e) Madame / Monsieur

Responsable légal de l'enfant

Autorise la direction de la Crèche Municipale de Ghisonaccia à accéder à mes revenus sur le site www.caf.fr « Mon compte partenaire » afin de déterminer le tarif horaire pour l'accueil de mon (mes) enfant(s).

Pour faire et valoir ce que de droit,

Fait à

Le

Signature

M A I R I E D E G H I S O N A C C I A - Place de l'hôtel de ville – 20240 GHISONACCIA –
Merria D'A GHISUNACCIA - Piazza di a casa cumuna – 20240 GHISUNACCIA –

TEL : 04.95.56.15.10 - FAX : 04.95.56.06.47- e mail : mairie.ghisonaccia@wanadoo.fr - www.ghisonaccia.eu - www.ghisunaccia.eu