

INSCRIPTION MICRO-CRÈCHE

ENFANT	
NOM	
Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	

DOMICILE	
Adresse	
Complément	
CP Ville	
Téléphone	
E-mail	

Monsieur	
NOM	
Prénom	
Profession	
Lieu de travail	
Téléphone mobile	
E-mail	
Autorité parentale	

Madame	
NOM	
Prénom	
Profession	
Lieu de travail	
Téléphone mobile	
E-mail	
Autorité parentale	

Médicales	
Nom du médecin	
Téléphone	
Régime alimentaire	
Vaccinations dates	
Hospitalisations	

Allocation	
Nom de l'allocataire	
Régime	
N° allocataire	

Assurance	
Nom compagnie	
N° de police	

Recommandations de la famille :

--

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

NOM/Prénom	Lien de parenté	Mobile	Domicile

Jours et horaires souhaités :

lundi	
mardi	
mercredi	
jeudi	
vendredi	

à partir du :

Date et signature :