

## PRE-INSCRIPTION A LA MAM FEES DES BULLES



	PERE	MERE
Nom - Prénom		
Date de Naissance		
Situation Familiale		
Adresse		
Téléphone Fixe, Portable		
Situation professionnelle		
Email		

ENFANT(S) CONCERNE(S)		
NOM - PRENOM	DATE DE NAISSANCE	MODE DE GARDE ACTUEL

ACCUEIL SOUHAITE			
JOURNEES :			
JOURS	PRESENCE	HORAIRES	OBSERVATIONS
Lundi	<input type="checkbox"/>	De ___ h ___ à ___ h ___	
Mardi	<input type="checkbox"/>	De ___ h ___ à ___ h ___	
Mercredi	<input type="checkbox"/>	De ___ h ___ à ___ h ___	
Jeudi	<input type="checkbox"/>	De ___ h ___ à ___ h ___	
Vendredi	<input type="checkbox"/>	De ___ h ___ à ___ h ___	
TYPE CONTRAT :			
Nombre d'heure/Semaine			
Année		<input type="checkbox"/> COMPLETE	<input type="checkbox"/> INCOMPLETE *
<i>*Si Année INCOMPLETE, Nombre de Semaines Retirées :</i>			
Date à laquelle, vous souhaitez démarrer l'accueil :			
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES			
<i>que vous souhaitez nous donner</i>			

**Date :**

**Signature :**