



**Pim Pam Pomme**

crèche sensorielle • horaires atypiques

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE PLACE

Siège social : 600 boulevard Charles Cros - 14123 IFS

Tél : 02.31.06.28.00

### Établissement souhaité :

- Multi-accueil Bourguébus (14) - 5h / 22h
- Multi-accueil Querqueville (50) - 5h / 22h
- Multi-accueil Tournelville (50) - 5h / 22h
- Multi-accueil Saint Lô (50) - 4h30 / 21h30
- Multi-accueil Carentan (50) - 4h30 / 21h30
- Multi-accueil Flers (61) - 5h30 / 20h30

### Comment nous avez-vous connu ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Par votre employeur (préciser : .....) | <input type="checkbox"/> Médias / Réseaux Sociaux |
| <input type="checkbox"/> Site web Pim Pam Pomme                 | <input type="checkbox"/> Site de la CAF           |
| <input type="checkbox"/> Bouche-à-oreille                       | <input type="checkbox"/> Flyer Pim Pam Pomme      |
| <input type="checkbox"/> Par un proche                          | <input type="checkbox"/> Autre (préciser : .....) |

### Fiche de renseignements :

#### NOM et Prénom de l'enfant

Sexe :  Garçon  Fille  Ne sait pas encore

Date de naissance (ou date prévue du terme) : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

#### NOM et Prénom du Parent 1 :

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Profession : .....

Employeur : .....

Tél domicile : ..... Tél travail : ..... Portable : .....

E-mail : .....

#### NOM et Prénom du Parent 2 :

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Profession : .....

Employeur : .....

Tél domicile : ..... Tél travail : ..... Portable : .....

E-mail : .....



**État civil :**

- Mariés / Pacsés / Vie maritale  
 Célibataire / Veuf / Veuve

Divorcés / Séparés

**Nombre de frère(s) :** .....

Age(s) : .....

**Nombre de sœur(s) :** .....

Age(s) : .....

**Un frère ou une sœur a-t-il/elle déjà été inscrit(e) dans la crèche ?**

- Non  
 Oui, préciser : .....  
 NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Période à laquelle l'enfant a été présent dans la crèche : .....

**Autres informations :**

**Numéro d'allocataire CAF :** .....

**Votre enfant est-il porteur d'un handicap ou d'une maladie chronique ?**

- Non  
 Oui, préciser : .....  
 Je ne sais pas

**Jours de présence :**

**Période d'accueil souhaitée :** du ...../...../..... au ...../...../.....

Veuillez indiquer par une croix la présence de votre enfant :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Petit-déjeuner*					
MATIN					
Déjeuner					
APRÈS-MIDI					
Diner*					

Arrivée prévue au plus tôt à : ..... h .....

Départ prévu au plus tard à : ..... h .....

Nombre approximatif de jours de présence par an : ..... jours/an

\*Le petit-déjeuner est servi aux enfants arrivant avant 7h30, et le dîner aux enfants partant après 19h30.

## Questions Complémentaires :

Si votre demande ne pouvait être intégralement satisfaite, seriez-vous ouverts à un accueil occasionnel, selon nos disponibilités de planning ?

Oui

Non

Si votre demande ne pouvait être intégralement satisfaite dans le multi-accueil sélectionné, seriez-vous ouverts à un autre multi-accueil Pim Pam Pomme ?

Oui (préciser lequel : .....)

Non

Remarques :

.....  
.....  
.....

## Signature :

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature :

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'enregistrement de toute demande de pré-inscription, dont l'unique destinataire est PIM PAM POMME. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à PIM PAM POMME- 600 Boulevard Charles Cros – 14123 IFS. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*

