

6. Vos ressources nettes des 3 derniers mois

Numéro allocataire CAF :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Père

Mois :	Année :	€	€	€	Salaire net mensuel
		€	€	€	ASSEDIC mensuelle
Mois :	Année :	€	€	€	Pension alimentaire mensuelle
		€	€	€	Pension invalidité
Mois :	Année :	€	€	€	Indemnités journalières
		€	€	€	Allocation Adulte Handicapée mensuelle (A.A.H.)
Mois :	Année :	€	€	€	Revenu Minimum d'insertion mensuel (R.M.I.)
		€	€	€	Allocation Parent Isolé mensuelle (A.P.E.)
Mois :	Année :	€	€	€	Allocations Familiales mensuelles
		€	€	€	Autres (Fonds National de Solidarité, retraite ...)

Mère

Mois :	Année :	€	€	€	Salaire net mensuel
		€	€	€	ASSEDIC mensuelle
Mois :	Année :	€	€	€	Pension alimentaire mensuelle
		€	€	€	Pension invalidité
Mois :	Année :	€	€	€	Indemnités journalières
		€	€	€	Allocation Adulte Handicapée mensuelle (A.A.H.)
Mois :	Année :	€	€	€	Revenu Minimum d'insertion mensuel (R.M.I.)
		€	€	€	Allocation Parent Isolé mensuelle (A.P.E.)
Mois :	Année :	€	€	€	Allocations Familiales mensuelles
		€	€	€	Autres (Fonds National de Solidarité, retraite ...)

Je soussigné(e) M. ou Mme certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à :

Date : / /

Signature du père :

--

Signature de la mère :

--



Demande d'accueil en contrat régulier

Multi-accueil

Cadre réservé à l'association

Numéro de dossier : _____

Le Multi-accueil de l'association Paz à Pas a mis en œuvre un dispositif de gestion des demandes d'accueil destiné à vous faciliter l'accès à ce mode de garde. Régulièrement, une commission d'admission se réunit pour statuer sur ces demandes en fonction des places disponibles. De ce fait, pour chaque demande d'accueil en contrat régulier, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire et de le retourner dans les plus brefs délais au Multi-accueil de l'association.

1. Votre identité

Père

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Nationalité :

Française Union européenne hors Union européenne

Mère

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

Date de naissance :

Nationalité :

Française Union européenne hors Union européenne

2. Où vous joindre ?

Père

ADRESSE :

COMMUNE :

Code postal :

Téléphone personnel Fixe :

Mobile :

Autre téléphone :

E-MAIL :

5. Votre situation professionnelle

Père

PROFESSION : _____

- Emploi à durée indéterminée Emploi à durée déterminée, stage, intérim
Si C.D.D., date de la fin du contrat :
- Chômage indemnisé Chômage non indemnisé
- Etudiant(e), formation Retraité(e)
- Autre (sans activité et sans recherche d'emploi)

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

ADRESSE DE _____

L'ENTREPRISE : _____

COMMUNE : _____

Code postal :

Téléphone de l'entreprise :

**COMMUNE DU LIEU
DE TRAVAIL :** _____

Mère

PROFESSION : _____

- Emploi à durée indéterminée Emploi à durée déterminée, stage, intérim
Si C.D.D., date de la fin du contrat :
- Chômage indemnisé Chômage non indemnisé
- Etudiant(e), formation Retraité(e)
- Autre (sans activité et sans recherche d'emploi)

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

ADRESSE DE _____

L'ENTREPRISE : _____

COMMUNE : _____

Code postal :

Téléphone de l'entreprise :

**COMMUNE DU LIEU
DE TRAVAIL :** _____

Mère

ADRESSE :

COMMUNE :

Code postal :

Téléphone personnel Fixe :

Mobile :

Autre téléphone :

E-MAIL :

3. Votre situation de famille actuelle

- Célibataire Union libre, concubinage Veuf(ve) Marié(e)
 P.A.C.S ou procédure en cours Divorcé(e) ou procédure en cours
 Séparé(e) ou procédure en cours

Personne(s) à charge :

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe		Lien de parenté	Enfant concerné par la demande	
		M	F		Oui	Non
1. / /					
2. / /					
3. / /					
4. / /					
5. / /					
6. / /					

Naissance prévue : Oui Non

Si oui, nombre d'enfants :

Date de naissance prévue :

4. Votre demande d'accueil

Renouvellement : Oui Non

Volume d'heures hebdomadaires souhaité :

Horaires	
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Et
/
Ou

Horaires	

Accueil pendant les vacances scolaires ? Oui Non

Début prévisible du contrat :

Fin prévisible du contrat :

(1 année maximum – renouvelable)