



Nom de l'assurance maladie de l'enfant :

Nom de l'assurance responsabilité civile:

Nom du pédiatre de l'enfant:

Prénom des frères/sœurs de l'enfant:

L'enfant est-il suivi chez un spécialiste? (cochez)  NON  OUI, pour quel/s motif/s?

Motif du placement de l'enfant: (cochez)

- Sociabilisation (au moins un des deux parents n'a pas d'activité professionnelle rémunérée)
- Activité professionnelle (joindre les attestations de travail des deux parents)

**FREQUENTATION DESIREE :**

Prestations	Horaires possibles		Veuillez impérativement noter les heures d'arrivée et de départ prévus pour chaque prestation choisie				
	Arrivée	Départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
½ journée matin SANS dîner	entre 06.45 et 08.45	à 11.00					
½ journée matin AVEC dîner	entre 06.45 et 08.45	entre 11.45 et 12.15					
2/3 journée matin AVEC dîner AVEC sieste	entre 06.45 et 08.45	entre 13.30 et 14.00					
2/3 journée après-midi AVEC dîner AVEC sieste SANS goûter	à 10.45	à 15.45					
2/3 journée après-midi AVEC dîner AVEC sieste goûter	à 10.45	entre 16.30 et 18.45					
½ journée après-midi SANS goûter	entre 13.30 et 14.00	à 15.45					
½ journée après-midi AVEC goûter	entre 13.30 et 14.00	entre 16.30 et 18.45					
Journée AVEC dîner SANS goûter	entre 06.45 et 08.45	à 15.45					
Journée AVEC dîner et AVEC goûter	entre 06.45 et 08.45	entre 16.30 et 18.45					

Date d'entrée en vigueur souhaité : \_\_\_\_\_

Remarques éventuelles :

Date :

Signature du représentant légal :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_