

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PLACE EN MULTI-ACCUEIL



	représentant 1	représentant 2
Statut	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> autre :
Nom et Prénom		
Date de naissance		
Date d'arrivée sur la commune		
Situation familiale		
Adresse postale		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Mail		
Nombre d'enfant(s) à charge <small>(sans l'enfant à naître)</small>		
N° allocation caf		
Profession / formation		
Nom et adresse de l'employeur		
Téléphone professionnel		
Tél portable professionnel		
Horaires de travail		

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) ou à naître le : _____

Date d'entrée souhaitée pour la familiarisation : _____

L'enfant doit être âgé de 10 semaines pour la période de familiarisation d'une semaine nécessitant la présence de l'un des deux parents

TYPE D'ACCUEIL SOUHAITÉ

Accueil régulier Accueil occasionnel

JOURS ET HORAIRES D'ACCUEIL SOUHAITÉS

Merci de cocher les jours souhaités et d'indiquer les horaires

	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> mercredi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> sans préférence de jours
Horaires						Nb de jours :
						Horaires :

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE

Joindre les photocopies des documents ci-dessous avec de la mention manuscrite « Certifiée exacte » et signées par le(s) demandeur(s).

► **CONDITIONS DE RÉSIDENCE**

Justificatif de domicile récent :

quittance de loyer, électricité ou gaz

► **COMPOSITION FAMILIALE**

Identité de tous les membres de la famille :

livret de famille ou justificatif d'identité et extrait d'acte de naissance de l'enfant quand il est né

► **SITUATION PROFESSIONNELLE OU ASSIMILÉE**

Pour chacun des parents ayant une activité professionnelle ou assimilée :

Le dernier bulletin de salaire, un extrait KBIS, la carte d'étudiant ou la dernière notification du Pôle Emploi

Votre dossier complet est à envoyer à :

MAIRIE DE BUCHELAY

*1 RUE GABRIEL PERI
78200 BUCHELAY*

*multi.accueil@buchelay.fr
Téléphone : 01 30 98 34 96*

POUR ÊTRE ÉTUDIÉ VOTRE DOSSIER DOIT ÊTRE COMPLET

DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION EN MAIRIE AU SERVICE FAMILLE

Je soussigné(e), _____ certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et autorise la saisie des données nominatives par traitement informatique.

Fait à BUCHELAY le :

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par le service FAMILLE de la commune de Buchelay dans un fichier informatisé pour la gestion des demandes de places dans les structures municipales de la petite enfance. Elles sont conservées pendant 3 ans et sont destinées uniquement au service de la petite enfance. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité de vos données en contactant notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : contact@buchelay.fr