



Multi-accueil « Chrysalide »  
Place Françoise Dolto  
35 690 Acigné



## DEMANDE D'INSCRIPTION AU MULTI-ACCUEIL CHRYSLIDE

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

#### Représentant légal de l'enfant :

Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Age : .....  
Situation familiale :  Marié(e)  vivant maritalement  Célibataire  
 Séparé(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  
Lien de parenté avec l'enfant : .....  
Nombre d'enfants à charge : .....  
Adresse : .....  
Numéro de téléphone maison : .....  
Numéro de téléphone portable : .....  
Profession : .....  
Employeur, Adresse : .....

#### Autre représentant légal de l'enfant :

Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Age : .....  
Situation familiale :  Marié(e)  vivant maritalement  Célibataire  
 Séparé(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  
Lien de parenté avec l'enfant : .....  
Nombre d'enfants à charge : .....  
Adresse : .....  
Numéro de téléphone maison : .....  
Numéro de téléphone portable : .....  
Profession : .....  
Employeur, Adresse : .....

#### Régime d'affiliation :

- Allocataire CAF. Numéro CAF : .....
- Allocataire MSA. Numéro MSA : .....
- Autre régime. Précisez : .....

Pour les allocataires CAF :  **J'autorise l'accès à CAFpro**, pour la consultation des revenus

Ces données relèvent du secret professionnel et resteront confidentielles.

Si vous n'autorisez pas l'accès à CAFpro, merci de fournir une photocopie de l'avis d'imposition N-2.

**Avez-vous déjà fréquenté le multi-accueil Chrysalide :** OUI NON

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance réelle ou estimée : .....

**SOUHAITS D'ACCUEIL**

Préciser les jours et horaires souhaités

**Le multi-accueil Chrysalide est ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30**

Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Horaires					
Nb de fois par mois					

Je m'engage à respecter au contrat les jours demandés

**Votre enfant sera-t-il présent pendant les périodes de vacances scolaires :** OUI NON

**Date d'entrée souhaitée dans la structure:** .....

**Date de départ prévue de la structure:** .....

Je soussigné(e), ..... (Nom et prénom),  
certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus

Fait à : ..... Signature(s)

Le : .....

**INFORMATIONS**

Votre dossier est à déposer en Mairie, à l'attention de Mme PRIME Annie-France,  
Responsable du multi-accueil Chrysalide, Place de la Mairie, 35 690 Acigné.

**Attention : remplir un dossier d'inscription ne vaut pas admission**

Vous recevrez une réponse dans un délai maximum de 2 mois  
précédant la date de demande d'entrée dans la structure.