



ACCUEIL COLLECTIF (*Multiaccueils Petite Enfance et micro-crèche*) Inscriptions 2024

Les inscriptions pour solliciter une place au sein des Multiaccueils de la Plaine Dijonnaise peuvent être déposées jusqu'au **4 février 2024**, à l'aide de l'imprimé ci-dessous à :

Communauté de Communes de la Plaine Dijonnaise

Impasse Arago - BP 53 - 21 110 GENLIS

Ou par courriel à : accueil@plainedijonnaise.fr

Choisissez le/les Multiaccueils Petite Enfance (MAPE) souhaité(s) : 1, 2, 3 ou 4 (*par ordre de préférence*)

Multiaccueil PE Nord à **GENLIS**

Multiaccueil PE Sud à **THOREY-EN-PLAINE**

Micro-crèche à **AISEREY**

Indifférent

ENFANT CONCERNÉ

NOM : Prénom :

Date de naissance (*ou date de naissance prévue*) :

Adresse

Responsable légal : Parent 1 Parent 2 Tuteur

Famille de l'enfant :

Parent 1 :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Tél :

Profession :

Travail à temps plein ? Oui Non

Travail à temps partiel ? Oui Non

Si oui quelle quotité ?

Lieu de travail :

Parent 2 :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Tél :

Profession :

Travail à temps plein ? Oui Non

Travail à temps partiel ? Oui Non

Si oui quelle quotité ?

Lieu de travail :

En cas d'emploi sur le territoire, merci de joindre un justificatif de travail avec l'adresse de l'employeur.

Payez-vous la taxe professionnelle sur le territoire ? Oui Non

Situation familiale : Marié-e Union libre Pacsée-e

Célibataire Divorcé-e Séparé-e Veuf-ve

Situation familiale : Marié-e Union libre Pacsée-e

Célibataire Divorcé-e Séparé-e Veuf-ve

Nombre d'enfants au foyer (mettre un chiffre) :

Un autre enfant de la fratrie est-il concerné ou sera-t-il concerné par une inscription ? Oui Non

Autres enfants déjà inscrits :

MAPE à GENLIS MAPE à THOREY-EN-PLAINE Micro-crèche à AISEREY

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

VOS BESOINS D'ACCUEIL

Afin de répondre au mieux à vos besoins, merci de préciser si vous souhaitez :

Un accueil occasionnel de quelques heures par semaine selon les places disponibles (*Ne pas compléter le tableau ci-dessous*),

Un accueil en « contrat », avec des jours et horaires fixes et réguliers sur les semaines (*Compléter le tableau ci-dessous*).

A compter du (*merci d'indiquer la date du 1^{er} accueil*) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin à partir de 7h30					
Repas de midi					
Après-midi jusqu'à 18h30					

(1) Préciser les horaires d'accueil et **AVEC** ou **SANS** prise du repas du midi

L'enfant est-il porteur d'un handicap : Oui Non

Si oui, préciser le type de handicap :

L'enfant est-il porteur d'une maladie ? Oui Non

Si oui, préciser le type de maladie :

Un autre enfant de la fratrie est-il porteur de handicap ou de maladie ? Oui Non

L'un des parents est-il porteur d'une maladie ou handicap ? Oui Non

Si oui, préciser le type de maladie :

Merci de joindre un certificat médical au présent formulaire.

Si nécessaire, des précisions complémentaires peuvent être fournies en complément du formulaire.

CONGÉS D'ÉTÉ

Pour les mois de juillet et août, vos besoins d'accueil seront de préférence (**Entourer les semaines concernées**) :

- Au mois de **Juillet** : semaine 1 – semaine 2 – semaine 3 – semaine 4
- Au mois d'**Août** : semaine 1 – semaine 2 – semaine 3 – semaine 4

Important : Les inscriptions définitives seront ensuite à confirmer par courrier.

Sans l'ensemble des renseignements, l'inscription de votre enfant ne sera pas étudiée en commission d'attribution des places.

Signature des parents ou du représentant légal

Agir pour notre territoire et un avenir durable