

Ville de Saint-Jean-de-Monts

DEMANDE DE PREINSCRIPTION MULTI-ACCUEIL «FRIMOUSSE

Père NOM Prénom.....
 Adresse
 Ville
 Tél fixe Tél portable
 Adresse mail@.....
 Profession.....
 Employeur.....
 Situation de famille.....

Mère NOM Prénom.....
 Adresse
 Ville
 Tél fixe Tél portable
 Adresse mail@.....
 Profession.....
 Employeur.....
 Situation de famille

ENFANT NOM Prénom.....
 Date de naissance (prévue)

Date d'entrée au multi-accueil

Durée du contrat *

N° Allocataire CAF

Contrat demandé

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Horaire arrivée					
Horaire départ					

- *Des révisions de contrat sont possibles aux conditions suivantes :
- prévenir le multi-accueil au moins 15 jours à l'avance
 - elles doivent rester exceptionnelles
 - elles ne seront acceptées que dans la limite des places disponibles

*toute interruption de contrat avant sa date de fin devra être signalée par écrit au moins 1 mois à l'avance faute de quoi la facturation sera effectuée.

Le :

Signature