



Madame, Monsieur,

Vous nous faites parvenir votre désir d'utiliser les services des Micro-crèches présent sur les communes de Pont-de-Salars, Flavin et Salles-Curan : les équipes accueilleront votre/vos enfant(s) du lundi au vendredi, de 7h30 à 18h30.

Afin d'étudier votre demande, le présent dossier de pré-inscription et à compléter et à retourner par mail : stephanie.bru@famillesrurales.org ou par courrier à l'adresse suivante : 4 Route de Moyrazes – BP 545 – 12000 Rodez.

Avant le : 17 novembre 2017

La pré-inscription n'a aucune valeur d'admission définitive et ne vous engage nullement.

Après étude de votre dossier, vous recevrez une des trois réponses suivantes :

- **Acceptation de la demande de pré-inscription**
- **Non-acceptation de la demande de pré-inscription en l'état**
- **Mise de votre dossier sur liste d'attente**

En cas d'une réponse négative, la direction reviendra vers vous afin de réévaluer vos besoins.

En cas d'acceptation de la demande, Il vous sera envoyé le dossier d'inscription, à retourner sous 8 jours :

- **Complété**
Et
- **Signé**

L'inscription ne sera valable qu'après validation du dossier complété et signé.

Lors de l'ouverture, un premier entretien avec la direction de la structure aura lieu. Une visite des locaux et une présentation de l'équipe vous seront alors proposées.

Veillez agréer, Madame, Monsieur nos salutations distinguées.

La Fédération Départementale
Familles Rurales Aveyron

FICHE DE PRE-INSCRIPTION

*Cette pré-inscription est valable pour les trois micro-crèches.
Vous pouvez donc préinscrire un enfant dans plusieurs structures.
Veuillez cocher la case représentant la/les structure(s) choisie(s).*

- Micro-crèche « **La Coccinelle** »,
Rue des Ecoles, 12290 Pont-de-Salars
- Micro-crèche « **La Libellule** »,
Avenue de la Baraque, 12450 Flavin
- Micro-crèche « **L'Abeille** »,
Route du Mont, 12410 Salles-Curan

L'Enfant

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Ou, date prévue de l'accouchement : ____/____/____

Le(s) Responsable(s) de l'Enfant

Responsable Légal 1

(Celui recevant les allocations familiales)

En qualité de **mère – père – autres** : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

☎ : _____

☎ 2 : _____

@ : _____

Caisse versant les allocations familiales : _____

N° allocataire : _____

Adhérent(e) à l'association locale Familles Rurales de : _____

Responsable Légal 2

En qualité de **mère – père – autres** : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

☎ : _____

☎ 2 : _____

@ : _____

Le Temps d'Accueil

Veillez remplir le tableau ci-dessous, afin que la direction de la structure puisse étudier les possibilités d'accueil.

Date prévue de l'accueil en structure : _____ / _____ / _____

Jours	Matin		Repas		Après-midi		Total heures/jour
	Arrivée	Départ	Oui	Non	Arrivée	Départ	
Lundi	__h__	__h__			__h__	__h__	__h__
Mardi	__h__	__h__			__h__	__h__	__h__
Mercredi	__h__	__h__			__h__	__h__	__h__
Jeudi	__h__	__h__			__h__	__h__	__h__
Vendredi	__h__	__h__			__h__	__h__	__h__

Total des heures par semaine : _____ h _____.

Variantes éventuelles :

Fait le _____

A _____

Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

Responsable légal 1

Responsable légal 2