



**A renvoyer par courrier (pour raison de lisibilité,
merci de ne pas l'envoyer par mail).**



**Caf
De l' Hérault**

LES ENFANTINES
09 73 58 51 79
lesenfantines@alpj.org

DATE DE LA DEMANDE : / /

NOM/PRENOM DE L'ENFANT :

Date de naissance prévue : / / Date de naissance effective : / /

N° CAF :

Mail :.....@.....

Adresse où réside l'enfant :

NOM/PRENOM DE LA MERE :

Adresse si différente :

Tél : / / / / Tél fixe : / / / /

Profession :

NOM/PRENOM DU PERE :

Adresse si différente :

Tél : / / / / Tél fixe : / / / /

Profession :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : / /

Amplitude horaire de notre structure: 7h/ 19h00

Période scolaire Temps Plein Régulier Temps Partiel Régulier Occasionnel

JOUR	Tôt le matin	Matin	Midi	Après-midi	Tard le soir
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					

Vacances scolaires : Toussaint Noël Hiver Printemps Été

Cadre réservé au Multi-accueil

DATE D'ENTRÉE EFFECTIVE : / /

DEMANDE PROVISOIRE : OUI NON

DEMANDE SATISFAITE : OUI NON

DEMANDE DE SORTIE : / /