



## DEMANDE DE PLACE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

### Dossier à retourner complet au

Service Petite Enfance, Espace Docteur P. Raybaud, 1 Rue Renan – 2ème Etage  
04.94.06.97.13 – Mail : enfance@la-seyne.fr

### IDENTIFICATION DE VOS BESOINS

#### Accueil souhaité à partir du :

.....

#### Type d'accueil

- Régulier       Occasionnel  
 Temps plein     Temps partiel    Mi-temps

#### Structure de votre choix

(mettre par ordre de préférence)

- Josette Vincent  
 Elsa Triolet  
 Le Petit Monde  
 Irène Joliot Curie

#### Les horaires d'accueil souhaités

- Lundi : .....h ..... à .....h .....  
 Mardi : .....h ..... à .....h .....  
 Mercredi : .....h ..... à .....h .....  
 Jeudi : .....h ..... à .....h .....  
 Vendredi : .....h ..... à .....h .....

#### Les structures municipales

Les multi-accueils municipaux accueillent les enfants de 3 mois à 4 ans

##### Quartier Centre Ville

Multi-Accueil Josette Vincent  
Horaires d'ouverture : de 7h30 à 18h30  
Capacité d'accueil : 55 places

##### Quartier Nord

Multi-accueil Elsa Triolet  
Horaires d'ouverture : de 7h30 à 18h30  
Capacité d'accueil : 44 places

##### Quartier Sud

Multi-accueil Irène Joliot Curie  
Horaires d'ouverture : de 7h30 à 18h30  
Capacité d'accueil : 40 places

##### Quartier Nord

Multi-accueil Le Petit Monde  
Horaires d'ouverture : de 7h30 à 17h30  
Capacité d'accueil : 33 places

#### Autorisation données CAF

Je soussigné(e) : Mme – Mr .....

- Autorise       N'autorise pas

La Direction Petite Enfance à utiliser mes données transmises par la CAF du Var

Signature :

## RENSEIGNEMENT ADMINISTRATIF

### L'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de Naissance : ..... Ou date du terme : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin

### Situation de famille

Concubinage  Pacsés  Mariés  
 Séparés géographique  Célibataire  Séparés  
 Divorcés  Veuf(ve)

### Domicile de l'enfant :

Mère  Père  
 Garde Alternée  
 Tuteur  Assistant(e) Familial(e)

### Premier parent

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
.....  
N° Tél domicile : ...../...../...../...../.....  
N°Tél professionnel: ...../...../...../...../.....  
Mail : .....  
N° d'allocataire : .....  
**Régime :**  Général  MSA  
 Autres

#### **Situation professionnelle :**

En activité  Congés parental  
 En formation professionnelle  
 Demandeur d'emploi  Au foyer  
 Maladie longue durée

### Deuxième parent

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
.....  
N° Tél domicile : ...../...../...../...../.....  
N°Tél professionnel: ...../...../...../...../.....  
Mail : .....  
N° d'allocataire : .....  
**Régime :**  Général  MSA  
 Autres

#### **Situation professionnelle :**

En activité  Congés parental  
 En formation professionnelle  
 Demandeur d'emploi  Au foyer  
 Maladie longue durée

### Informations sur la famille

Nombre d'enfants au foyer ?  1  2  3  4  5  6 et plus  
Avez-vous un autre enfant accueilli en crèche actuellement ?  
 Oui et il y sera encore  Oui mais il n'y sera plus  Non

Avez-vous des enfants à faire accueillir en même temps ?  Oui  Non

Il s'agit :  De jumeaux  D'enfants d'âge rapprochés

Y-a-t-il un membre de la famille en situation de handicap ?  Oui  Non

L'enfant  Dans la fratrie  Un des deux parents  Les deux parents