

CONFIRMATION DE NAISSANCE et EXTRAIT D'ACTE DE NAISSANCE
à nous retourner au plus tard 1 mois après la naissance
A la Maison de la Petite Enfance - 84, rue Pierre Renaudel - 33400 TALENCE
petiteenfance@talence.fr

Numéro allocataire CAF :

Monsieur (Nom et Prénom) :

Situation professionnelle :

Madame (Nom et Prénom) :

Situation professionnelle :

Adresse :

.....

Téléphone fixe et Mobile :

Nom et Prénom de l'enfant : Né (e) le :

Mois d'accueil souhaité :

Pour une structure collective : ☐ oui ☐ non

Etablissement (s) non retenu (s)

Pour le service d'accueil familial : ☐ oui ☐ non

BESOINS :

Famille qui a une **activité professionnelle**
ou assimilée justifiable

(Cocher une case uniquement)

- | | |
|---|--|
| ☐ Accueil régulier 1 jour | ☐ Accueil régulier 5 jours |
| ☐ Accueil régulier 2 jours | ☐ Accueil variable |
| ☐ Accueil régulier 3 jours | ☐ Accueil en ½ journée |
| ☐ Accueil régulier 4 jours | ☐ Périscolaire (uniquement le mercredi) |

Famille **ne justifiant pas d'activité**

Recherche d'emploi oui ☐ non ☐

- | |
|--|
| ☐ Souhait jours précis |
| ☐ Selon disponibilité de la structure |

Préciser jours et heures : (ex : 8 h 00 – 18 h 00)

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI

☐ Extrait d'acte de naissance joint

Date :