

# GUICHET UNIQUE

## SERVICE PETITE ENFANCE

Date :

Appel téléphonique ☐

Visite ☐

Mail ☐

N° de suivi :

(cadre réservé à la municipalité)

### Demande d'un mode d'accueil

| Coordonnées de la famille                  |               |               |
|--------------------------------------------|---------------|---------------|
|                                            | Responsable 1 | Responsable 2 |
| Nom et prénom                              |               |               |
| Adresse                                    |               |               |
| N° de téléphone                            |               |               |
| Mail                                       |               |               |
| Profession et lieu d'exercice (facultatif) |               |               |

| Enfant concerné par la demande d'accueil        |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Nom et prénom                                   |  |
| Date de naissance ou date prévue d'accouchement |  |
| Mode d'accueil actuel                           |  |
| Raison du changement                            |  |
| Date d'accueil souhaitée                        |  |

| Type d'accueil souhaité                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> accueil collectif/crèche (établissement d'accueil du jeune enfant -EAJE)           |
| <input type="checkbox"/> accueil individuel/Assistant maternel                                              |
| <input type="checkbox"/> MAM <input type="checkbox"/> Garde à domicile                                      |
| <input type="checkbox"/> accueil mixte (collectif + individuel)                                             |
| <input type="checkbox"/> sans préférence                                                                    |
| .....                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> accueil d'urgence <input type="checkbox"/> accueil périscolaire                    |
| <input type="checkbox"/> accueil occasionnel                                                                |
| <input type="checkbox"/> accueil de dépannage                                                               |
| <input type="checkbox"/> accueil en horaire atypique (avant 7h30 et après 18h30 + week end et jours fériés) |
| <input type="checkbox"/> Autres .....                                                                       |

| Besoins de la famille |          |                                                     |
|-----------------------|----------|-----------------------------------------------------|
| Jours                 | Horaires | Volume horaire/semaine + compléments d'informations |
| Lundi                 |          |                                                     |
| Mardi                 |          |                                                     |
| Mercredi              |          |                                                     |
| Jeudi                 |          |                                                     |
| Vendredi              |          |                                                     |
| Samedi                |          |                                                     |
| Dimanche/jours fériés |          |                                                     |

Merci de renvoyer ce formulaire dûment complété à l'adresse suivante : [rpe@mairie-trignac.fr](mailto:rpe@mairie-trignac.fr)