


**DEMANDE DE PLACE
STRUCTURES D'ACCUEIL PETITE ENFANCE**

Demande à transmettre à Mairie+ Espace Famille au début du congé maternité

Pièces justificatives à fournir :

- ☞ Photocopie du livret de famille ou pièces d'identité des parents et acte de naissance de l'enfant
- ☞ Photocopie du justificatif de domicile de moins de 1 mois (quittance de loyer, facture EDF, facture téléphone fixe...)
- ☞ En cas de divorce ou de séparation, un justificatif d'autorité parentale + un justificatif de domicile de l'autre parent
- ☞ Justificatif d'emploi (dernier bulletin de paie) ou de formation
- ☞ Attestation de paiement CAF
- ☞ Avis d'imposition N-2 (avis 2022 sur les revenus de 2021)

 Soit par courriel à espacefamille@ville-melun.fr ou par courrier à Mairie+ Espace Famille – Bâtiment Lebarbier – 6 rue de l'Eperon 77000 MELUN (☎ : 01.69.68.53.90).
1^{er} enfant2^{ème} enfant

Nom de l'enfant	Nom de l'enfant
Prénom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance :	Date de naissance :
Date de naissance prévue :	Date de naissance prévue :

Mode de garde actuel :

Détails de vos besoins d'accueil
Date de début d'accueil souhaitée :
Souhait du mode d'accueil :

- Indifférent
 Accueil collectif
 Accueil familial (accueil au domicile d'une assistante maternelle agréée recrutée et rémunérée par la ville)
 Halte-garderie

Jours et horaires d'accueils souhaités :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Heure d'arrivée					
Heure de départ					

 Avez-vous un autre enfant accueilli à la crèche : oui non

Si oui, précisez le nom de la crèche :

 Enfant ou parent(s) ayant des besoins spécifiques (maladie, handicap, prématurité...) : oui non
 Précisez :

Informations complémentaires :

Représentant 1 Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ : _____ Courriel : _____ @

Situation professionnelle :

Emploi : _____ Lieu de travail : _____

Formation du _____ au _____ Intitulé : _____ Lieu : _____

Horaires de travail ou de formation (sans trajet) : _____

Mode de transport : A pieds Vélo Voiture Transports en commun - Temps de trajet : _____

Congé parental du _____ au _____

Autre : _____

Représentant 2 Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ : _____ Courriel : _____ @

Situation professionnelle :

Emploi : _____ Lieu de travail : _____

Formation du _____ au _____ Intitulé : _____ Lieu : _____

Horaires de travail ou de formation (sans trajet) : _____

Mode de transport : A pieds Vélo Voiture Transports en commun - Temps de trajet : _____

Congé parental du _____ au _____

Autre : _____

Situation familiale :

- Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire

N° allocataire CAF : _____

Résultats de la commission / rubrique réservée au service administratif

DATE	PTS	RESULTATS	MOTIF	DATE DE REPONSE	DATE NOUVELLE DEMANDE
1 ^{ère}					
2 ^{ème}					
3 ^{ème}					
4 ^{ème}					
5 ^{ème}					
6 ^{ème}					