

Inscription sur liste d'attente pour l'Accueil Familial de Jour

Les accueillantes familiales accueillent à leur domicile des enfants de 4 mois jusqu'à l'entrée de l'école obligatoire qui peuvent bénéficier d'une poursuite de l'accueil jusqu'à 12 ans. Les enfants en âge scolaire qui n'ont pas été accueillis en âge préscolaire ne peuvent pas bénéficier des prestations de l'AFJ-MVM.

DATE DE DEBUT D'ACCUEIL SOUHAITEE :						
Nom de l'enfant _____				<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille		
Prénom de l'enfant _____				Né-e le _____		
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	<i>10 heures par jour (ex : de 7h00 à 17h00) Minimum 2 jours par semaine</i>
De						
À						
<i>Remplir l'horaire ci-dessus avec des heures précises.</i>						

Deuxième enfant :

DATE DE DEBUT D'ACCUEIL SOUHAITEE :						
Nom de l'enfant _____				<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille		
Prénom de l'enfant _____				Né-e le _____		
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
De						
À						

<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père			<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père		
Nom			Nom		
Prénom			Prénom		
Adresse			Adresse		
NPA / Localité			NPA / Localité		
Tél. privé			Tél. privé		
Tél. portable			Tél. portable		
Tél prof.			Tél prof.		
E-mail			E-mail		
NPA/Lieu de travail			NPA/Lieu de travail		
Suivi par l'Hospice Général : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Suivi par l'Hospice Général : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Représentant légal : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Représentant légal : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Commentaire :

.....

Date : Signature :

