

## Vos informations

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

## Votre enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20... Premier jour d'accueil : ..... / ..... / 2023

Année Complète : OUI / NON

Année incomplète : OUI / NON si non combien de semaines annuelle : .....

Jours d'accueil	Heures de début	Heures de fin
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

Commentaires : .....

.....

Merci de remplir ce formulaire et de l'envoyer au [info@assistante-maternelle-aubagne.fr](mailto:info@assistante-maternelle-aubagne.fr)