



FICHE PREMIER CONTACT

Enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance (ou naissance prévue) :
(Merci de nous communiquer les éléments dès la naissance de l'enfant)

Date d'entrée souhaitée :

Responsable 1

Nom :
Prénom :
N° :
Batiment :
Voie :
Code postal/Ville :
Téléphone :
Mail :

Situation actuelle

- en activité
 sans activité

Profession :
Employeur :

Responsable 2

Nom :
Prénom :
N° :
Batiment :
Voie :
Code postal/Ville :
Téléphone :
Mail :

Situation actuelle

- en activité
 sans activité

Profession :
Employeur :

Renseignements allocataire

Nom/Prénom de l'allocataire
Numéro d'allocataire CAF :
QF CAF.....
Autre régime (à préciser) :
Numéro de Sécurité social

Autorisez-vous la Ville de TOURCOING à transmettre vos coordonnées et votre besoin d'accueil aux partenaires privés oui non

Conformément aux dispositions de la loi « informatique et liberté » du 6/01/1978 modifié le 4/08/2004, vos coordonnées, utilisées par la Ville de TOURCOING, font l'objet d'un traitement informatique destiné à la communication de vos besoins à l'accueil de votre(s) enfant(s).

Votre demande d'accueil

Temps plein (4 à 5 jours/semaine) Temps partiel (2 à 3 jours/semaines) 2 demi-journées/semaine

Fait à TOURCOING, le

Signature

Réservé à l'administration

Réception du dossier le :
Par :