Union des Mutuelles de Corse Santé

DEMANDE DE PLANNING DE PRISE EN CHARGE A LA MICRO CRECHE DE SISCO

Demande d'accueil de l'ENFANT :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Entre : La Micro crèche de SISCO, représentée par, Mme SANTUCCI VOLAN Madeleine **Et**

- Le(s) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :
  - Mère :
  - Père :
  - Autre (à préciser)

1) Période d'inscription souhaitée :

Du / / 2024 Au / / 2025

2) Type d'accueil souhaité :

- Un accueil régulier ☐
- Un accueil occasionnel ☐

Selon le planning suivant :

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

Période(s) de congé, prévisible(s) veuillez nous donner les dates exactes s'il vous plait :

-
-
-

Fait à SISCO le / / 2024

Signature des parents