



Date de la demande : ...../...../.....

## Demande d'inscription sur la liste d'attente du Multi-Accueil

### Enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance présumée : .....

### Représentant(s) légal (aux) :

#### Représentant légal 1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Profession : .....

Adresse e-mail : .....

### Représentant(s) légal (aux) :

#### Représentant légal 2 :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Profession : .....

Adresse e-mail : .....

### Demande :

Jours : .....

Créneaux horaires : (entre 8h et 18h30) .....

- Justificatif de domicile – de 3 mois     numéro CAF.....  
 Acte de naissance

Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte

Maison de l'enfance – Relais Petite Enfance

6 bis grande rue 95460 Ézanville

Tél : 01 39 35 58 08 Email : [petite.enfance@ezanville.fr](mailto:petite.enfance@ezanville.fr)