

## DEMANDE D'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT PETITE ENFANCE (MOINS DE 3 JOURS PAR SEMAINE)

⇒ Ce formulaire ne concerne **que les demandes d'accueil de moins de 3 jours par semaine.**

⇒ Pour les demandes de temps d'accueil de 3 jours ou plus, merci de télécharger le formulaire sur le site de la ville.

⇒ Merci de remplir très soigneusement et lisiblement ce formulaire et de le remettre à la Direction de la Petite Enfance par l'un des moyens suivants :

- Par courrier postal : Direction de la Petite enfance  
2 rue Buffon - BP 275  
78 506 Sartrouville CEDEX
- Par courriel à l'adresse mèl suivante : [petiteenfance@ville-sartrouville.fr](mailto:petiteenfance@ville-sartrouville.fr)

⇒ Pour être complet, votre dossier de demande de place doit impérativement comporter les éléments suivants :

- La présente **fiche entièrement complétée** (y compris le coupon de confirmation d'enregistrement) ;
- Un justificatif de domicile daté de moins de trois mois** à la date de la demande ;
- Certificat de grossesse** indiquant la date présumée d'accouchement **pour les enfants à naître**

Lorsqu'un mail ou un document est envoyé au service Petite Enfance, un accusé de réception est systématiquement envoyé par le service. Si aucune réponse n'est reçue au-delà d'une semaine, il est impératif de nous contacter par téléphone pour vérifier que l'envoi a bien été pris en compte.

**AUCUNE DEMANDE NE SERA ENREGISTREE SI LE DOSSIER N'EST PAS COMPLET**

## SITUATION DE LA FAMILLE

---

### Parent 1 - Ecrire en majuscule

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Situation matrimoniale :  
 célibataire  marié  pacsé  
 séparé  union libre  
  
Tél domicile : .....  
Tél portable : .....  
Courriel : .....@.....

### Parent 2 - Ecrire en majuscule

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date naissance : ...../...../.....  
Situation matrimoniale :  
 célibataire  marié  pacsé  
 séparé  union libre  
  
Tél domicile : .....  
Tél portable : .....  
Courriel : .....@.....

### Adresse complète :

N° rue .....  
Code postal :..... Ville :.....

N° rue .....  
Code postal :..... Ville :.....

### Adresse future (en cas d'emménagement à Sartrouville) :

N° rue .....  
Code postal :..... Ville :.....  
Date d'emménagement : ...../...../.....

N° rue .....  
Code postal :..... Ville :.....  
Date d'emménagement : ...../...../.....

### Situation professionnelle

En activité  En recherche d'emploi   
Congé parental  Etudiant/Formation   
sans activité

En activité  En recherche d'emploi   
Congé parental  Etudiant/Formation   
sans activité

Profession : .....  
Employeur : .....  
Lieu de travail : .....

Profession : .....  
Employeur : .....  
Lieu de travail : .....

### Composition de la famille :

Nombre d'enfants à charge de la famille (non compris l'enfant à naître) : .....

## RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT A ACCUEILLIR

---

Nom de l'enfant : ..... Prénom (si l'enfant est né) : .....  
*Le cas échéant :* Prénom du jumeau ou de la jumelle : .....

Date de naissance (ou prévue) : ...../...../.....



**Pour un enfant à naître, la validation définitive de la demande est subordonnée à l'envoi de l'acte de naissance de l'enfant, dans le mois qui suit sa naissance.**

## DESCRIPTION DU BESOIN D'ACCUEIL

### Etablissements souhaités :

NOM DE L'ETABLISSEMENT*	ADRESSE	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> AU CLAIR DE LA LUNE	120 Av. du Gal de Gaulle	01.39.14.18.43
<input type="checkbox"/> LA SOURIS VERTE	20 Quai de Seine	01.39.15.02.89
<input type="checkbox"/> PIROUETTE	1 Rue Lebon	01.3913.48.40
<input type="checkbox"/> DANSONS LA CAPUCINE	Place Stendhal	01.39.13.42.45

\* Les horaires d'ouvertures des établissements figurent en annexe.

### Temps d'accueil souhaité (cocher les demi-journées souhaitées) :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	<b>OU,</b> SI JOURS INDIFFERENTS => NOMBRE DE JOURS (ex : 2 jours)
MATIN						
APRES-MIDI						

⇒ Une période d'adaptation de une à deux semaines est obligatoire, et doit être planifiée en fonction de la date de reprise du travail.

Date d'entrée souhaitée : ...../...../..... (Facultatif)

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur le présent document,

Date :.....

Signature des responsables légaux :

Lieu :.....

## **COUPON REPONSE DE CONFIRMATION – DEMANDE DE PLACE D'ACCUEIL DE MOINS DE 3 JOURS**

La Direction de la Petite enfance de la Ville de Sartrouville atteste avoir enregistré le .....  
une demande d'accueil pour l'enfant :

NOM .....

PRENOM (si l'enfant est né).....

Responsable légal 1 : .....

Responsable légal 2 .....

**RAPPEL :** Pour toute demande concernant un enfant à naître, la demande ne sera définitive qu'après réception d'un extrait d'acte de naissance de l'enfant dans le mois qui suit la naissance.

**FICHE ANNEXE**  
**HORAIRES D'OUVERTURE DES MULTI-ACCUEILS**

⇒ Tous les multi-accueils sont fermés par roulement 4 semaines en été et une semaine à chaque période de petites vacances scolaires.

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> <u>PIROUETTE</u>           | 1 Rue Lebon              | 01.39.13.48.40 |
| <input type="checkbox"/> <u>DANSONS LA CAPUCINE</u> | Place Stendhal           | 01.39.13.42.45 |
| <input type="checkbox"/> <u>AU CLAIR DE LA LUNE</u> | 120 Av. du Gal de Gaulle | 01.39.14.18.43 |

	LUNDI	MARDI	MERCREDI <i>Fermé</i>	JEUDI	VENDREDI
MATIN	8 h 30	8 h 30		8 h 30	8 h 30
APRES MIDI	17 h 30	17 h 30		17 h 30	17 h 30

- |   |                  |                |
|---|------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> <u>LA SOURIS VERTE</u> | 20 Quai de Seine | 01.39.15.02.89 |
|---|------------------|----------------|

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI <i>Fermé</i>
MATIN	8 h 30	8 h 30	8 h 30	8 h 30	
APRES MIDI	17 h 30	17 h 30	17 h 30	17 h 30	