

# DOSSIER DE DEMANDE D'UN MODE D'ACCUEIL

**Merci de prendre rendez-vous au 05.55.74.95.30 pour  
finaliser et remettre votre dossier  
En Relais Accueil Petite Enfance**

**Les professionnel (le)s du Relais sont à votre disposition pour vous aider à choisir votre mode de garde.**

## VOTRE ENFANT

Nom et Prénom : ..... OU Naissance prévue le : ... / ... / ...

Sexe : M  F

Date de naissance : ... / ... / .....

L'acte de naissance est à renvoyer dans un délai de 15 jours après la naissance  
au Service Petite Enfance, 9 avenue Léo Lagrange 19100 Brive-la-Gaillarde

## FAMILLE

|                      | Représentant 1               |                              | Représentant 2               |                              |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Nom de famille       | -                            |                              | -                            |                              |
| Prénom               | -                            |                              | -                            |                              |
| Adresse              | -                            |                              | -                            |                              |
| N° de téléphone      | -                            |                              | -                            |                              |
| N° de portable       | -                            |                              | -                            |                              |
| Email                | -                            |                              | -                            |                              |
| Profession :         | -                            |                              | -                            |                              |
| Lieu de travail      | -                            |                              | -                            |                              |
| Véhicule personnel   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Transports en commun | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Situation Familiale :

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Vie Maritale  Autre  .....

N° Allocataire CAF : ..... mère  père  ou Autre Régime (M.S.A) N° .....

Nombre total d'enfants :

Nombre d'enfants à charge à la date de la demande :

**L'accueil de votre enfant est possible à partir de 10 semaines**

**Multi accueil souhaité (numérotez les 3 premières structures par ordre de préférence) :**

**ACCUEIL FAMILIAL:**

*Ce service propose l'accueil de votre enfant chez une assistante maternelle employée par l'Agglo. Un accompagnement au domicile et pour les ateliers est assuré par une équipe de professionnel(le)s de la petite enfance.*

| Choix N° | Multi accueil familial  | Adresse  |
|----------|-------------------------|--|
|          | <b>Brive / Malemort</b> | <b>Maison de l'Enfance</b><br>Rue Jean Mermoz - Malemort |

**ACCUEIL COLLECTIF :**

*Ces structures réparties sur le territoire de l'Agglo vous proposent un accueil collectif selon vos besoins. Votre enfant sera accueilli par une équipe pluridisciplinaire à votre écoute.*

| Choix N° | Commune             | Structures           | Secteur                  | Horaire d'accueil |
|----------|---------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
|          | <b>BRIVE</b>        | Farandole / Centre   | Centre-Ville             | 7h-19h            |
|          | <b>BRIVE</b>        | Arc en Ciel / Poynes | Tujac                    |                   |
|          | <b>BRIVE</b>        | La Calinerie         | Chapélieux               |                   |
|          | <b>BRIVE</b>        | La Clé des Chants    | Hôpital                  |                   |
|          | <b>BRIVE</b>        | Les Lutins           | Rivet                    |                   |
|          | <b>COSNAC</b>       | Les Luti-Lutins      | 55, impasse des bouleaux | 7h30-18h30        |
|          | <b>DONZENAC</b>     | Les Bouts d'Choux    | 66, rue du tour de ville |                   |
|          | <b>LARCHE</b>       | Les Petites Cigales  | Place du 8 mai 1945      |                   |
|          | <b>MALEMORT</b>     | Maison de l'Enfance  | Rue Jean Mermoz          |                   |
|          | <b>VARETZ</b>       | Pierre Mas           | Rue Gabilloune           |                   |
|          | <b>OBJAT</b>        | Pomme d'Api          | 8, Avenue du 8 mai 1945  |                   |
|          | <b>ST PANTALEON</b> | Les Petits Grillons  | 51, Rue Lestrade         |                   |
|          | <b>STE FEREOLE</b>  | Maison de l'Enfance  | Route du Stade           |                   |

Je sollicite également une place au multi-accueil privé Babilou à Saint-Viance, où la CABB dispose de 8 places (ouvert du lundi au vendredi de 7h30 à 19h).

→ Pour déposer une demande de place auprès de la crèche « 126<sup>ème</sup> RI », se rendre directement sur le site : [www.igesa.fr](http://www.igesa.fr)

**TEMPS ACCUEIL REGULIER :**

**Date d'entrée souhaitée pour votre enfant : ... / ... / ....**

☞ *Merci de prendre en compte la période de familiarisation (env. 2 sem.)*

| BESOINS MENSUELS           | SEM 1 | SEM 2 | SEM 3 | SEM 4 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Lundi                      |       |       |       |       |
| Mardi                      |       |       |       |       |
| mercredi                   |       |       |       |       |
| Jeudi                      |       |       |       |       |
| Vendredi                   |       |       |       |       |
| Total heures par semaine = |       |       |       |       |

**Merci de nous indiquer toute situation particulière : (amplitude horaire / roulement de travail/enfant en situation de handicap...)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Signature des parents :**

**Votre demande sera étudiée en commission et fera l'objet d'une réponse par courrier.  
Le service Petite Enfance attribue les places en fonction du lieu d'habitation et des disponibilités au sein des structures**

**Cette demande ne tient pas lieu d'inscription**

**Prendre rendez-vous par téléphone 05.55.74.95.30 pour remettre votre dossier.**

## Cadre réservé au service Petite Enfance


Date de dépôt du dossier au Relais :

NOM DE LA FAMILLE : .....

Date d'entrée demandée par la famille : ... / ... / ....

 Passage en commission le : ... / ... / ....

Décision : Favorable     En attente     Relais     Annulation

 Passage en commission le : ... / ... / ....

Décision : Favorable     En attente     Relais     Annulation

 Passage en commission le : ... / ... / ....

Décision : Favorable     En attente     Relais     Annulation

Motif et date de l'annulation de la demande par la commission :

.....  
.....  
.....

Début de prise en charge en structure ... / ... / ....

Nom de la Structure : .....

Type d'accueil : .....

Date et motif si refus de la famille :

.....  
.....