



LES PETITS MALINS

DEMANDE D'INSCRIPTION

Date de dépôt du dossier :

L'ENFANT

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ou	
Date prévue d'accouchement :	
N° CAF :	

LES PARENTS

Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :

1 2

COORDONNÉES

Adresse :	
Téléphone domicile :	
Mail :	
Tél port 1 :	Tél port 2 :
Tél prof 1 :	Tél prof 2 :



LES HORAIRES SOUHAITÉS

Lundi : De H à H

Mardi : De H à H

Mercredi : De H à H

Jeudi : De H à H

Vendredi : De H à H

DATE D'ARRIVÉE SOUHAITÉE

Le

Signature des parents :

Association Les P'tits Malins

4, rue de la Craffe
54000 Nancy

Tél. : 03 83 32 86 79

Siret 353 960 347 00022