**Wit’taCité Centre Socioculturel**

**Grande Crèche Kalinours - Villa Romana**

3 A rue de Staffelfelden

68310 WITTELSHEIM

**Tél:** 03.89.55.66.40

**Mail:** multiaccueil@wittacite.fr

**Web:** www.wittacite.fr

**Nom et prénom**  **Date d’entrée à la crèche:**

**de l’enfant:**

Adresse: ...............

…………………………………………………………

Code postal:………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable légal** | **Conjoint** |
| **Nom**:.........................  **Prénom**:....................... | **Nom**:.........................  **Prénom**:....................... |
| **Adresse**:....................  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………  **Ville**:.................  **Code postal**:............ | **Adresse**:....................  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………  **Ville**:.................  **Code postal**:............ |
| **Téléphone domicile: / / / /Téléphone portable: / / / /Téléphone prof.: / / / /** | **Téléphone domicile: / / / /Téléphone portable: / / / /Téléphone prof.: / / / /** |
| **Adresse mail**:................ | **Adresse mail**:................ |
| **Qualité:** Père/Mère/Tuteur/Beau-père/Belle-mère  **Situation familiale:** Mariés/Célibataire/Divorcé/Concubin/Séparé/Pacsé/Veuf | **Qualité:** Père/Mère/Tuteur/Beau-père/Belle-mère  **Situation familiale:** Mariés/Célibataire/Divorcé/Concubin/Séparé/Pacsé/Veuf |
| **Profession**:..................  **Nom employeur, Adresse** :........... ............................ | **Profession**:..................  **Nom employeur, Adresse** :........... ............................ |
| **Autorité parentale**: oui non | **Autorité parentale**: oui non |
| **Généralités** |  |
| **Numéro Allocataire CAF**:..................  **Coût horaire**: ....... € / heure au ..../..../...  **Régime sécurité sociale**: général / localAutre régime, précisez:……………………………… | **Catégories socio prof**:..............  **Nombre d’enfants total**……………  **/ à charge :** ………  **Je demande mon adhésion au CSC Wit’taCité :** enfant familiale |
| **Je/Nous soussigné/soussignons,……………………………………………………...………..responsable(s) légal/ légaux de l’adhérent certifie/certifions sur l’honneur l’exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.**  **Date: Signature:**  Important: Tout changement (situation familiale, adresse ,numéro de tél, santé,….) devra être signalé le plus rapidement possible. |  |