|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demande d'inscription** | | |
| **Date de la demande** | **Lieu de travail :**   * Clinique Notre Dame de Gosselies\* : Service : ……………………… * Centre COTHAN\* * AUTRE : ………………………………………………….   \*Nous donnons une priorité dans la gestion de la demande pour ces 2 institutions | |
| *inscription par:*   * *Mail* * *Téléphone* |
| ***Date de naissance prévue :*** | | ***Nombre de semaines de grossesse*** |
|
|
| ***Entrée souhaitée le :*** | | **Nombre de jours souhaités /sem :**  **Lesquels ? :** |
|
| **Nom et prénom de l'enfant :** | | |
| **Coordonnées**  **des parents** | | |
| **Papa** | **Nom** | **Téléphone** |
|  | **Prénom** | **Date de naissance** |
|  | **Profession** | |
| **Maman** | **Nom** | **Téléphone** |
|  | **Prénom** | **Date de naissance** |
|  | **Profession** | |
| **Adresse :** | | |
| **Adresse mail** |  | |
| **Remarques** |  | |
| **Connaissance de la crèche :** |  | |
| Etat de la demande (réservé à la crèche) |  | |