|  |
| --- |
| **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) |  |