

DEMANDE DE PRE-INSCRIPTION

Crèche BABILOU - partenaire du CHU de Nantes

Dossier à compléter puis à retourner par mail : bp-petite-enfance@chu-nantes.fr

Cette demande de pré-inscription ne vaut pas admission

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance prévue le : ou Date de naissance réelle le :

Sexe : masculin féminin

Date d'entrée souhaitée :

Choix de la structure d'accueil

Indiquez vos choix par ordre de priorité 1-2-3 (3 choix maximum)

- Crèche Babilou Saint Herblain Fresnel - lundi au vendredi 7h30 à 18h30 - 7 impasse Augustin Fresnel 44800 St Herblain
- Crèche Babilou Carquefou Marquise - lundi au vendredi 8h à 19h - 14 Rue de la Marquise de Sévigné, Carquefou
- Crèche Babilou Nantes Picasso - lundi au vendredi 7h30 à 18h45 - 22 mail Pablo Picasso 44000 Nantes
- Crèche Babilou Nantes Bouillé - lundi au vendredi 8h à 19h - 17 rue de Bouillé 44000 Nantes
- Crèche Babilou Nantes Jost - lundi au vendredi 8h à 19h - 78 rue Léon Jost 44000 Nantes
- Crèche Babilou Nantes Rondeau - lundi au vendredi 8h à 19h - 8 rue Gaëtan Rondeau 44000 Nantes
- Crèche Babilou Nantes Daguerre - lundi au vendredi 7h30 à 18h30 - 5 rue Jacques Daguerre 44300 Nantes
- Crèche Babilou Nantes Doulon - lundi au vendredi 7h30 à 18h30 - 2 rue des épinettes 44300 Nantes
- Crèche Babilou Nantes Canclaux - lundi au vendredi 7h30 à 18h30 - 10 place Canclaux 44000 Nantes > ouverture sept. 2025

Besoins d'accueil



Nombre d'heures d'accueil souhaitées par mois :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
heure d'arrivée					
heure de départ					
Total heures par jour					

roulements fixes roulements variables

Observations :

Responsables légaux

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Lien avec l'enfant :	<input type="checkbox"/> parent isolé <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> parent isolé <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre :
Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....
Adresse domicile	.....	.....
 domicile	.....	.....
 portable	.....	.....
E-mail	.....	.....
Profession	.....	.....
Horaires de travail	.....	.....
Temps de travail	<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel :%	<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel :%
Jours de travail	.....	.....
Congé parental	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dates :	du au	du au
Si agent du CHU		
Matricule	.....	.....
Service d'affectation	.....	.....
PHU/pôle	.....	.....
Site	.....	.....

Allocataire CAF de Loire-Atlantique : Resp 1 Resp 2

N° allocataire CAF : Quotient familial CAF :

Observations :

.....

.....

.....

.....

Les dossiers incomplets ne seront pas pris en compte
La pré-inscription ne vaut pas admission

Date : Signature des représentants légaux :

Les informations nominatives figurant sur ce document feront l'objet d'un traitement informatisé déclaré à la CNIL.
 Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, l'intéressé peut exercer un droit d'accès et de rectification auprès du Pôle RH du CHU de Nantes au 5 allée de l'île gloriette - 44093 Nantes cedex 1

Responsable 1	Responsable 2