



N°

Date :

## BABY SITTING DATING (parents)

### Vos COORDONNEES :

NOM : PRENOM : AGE(s) de(s) l'enfant(s) :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

### PROFIL SOUHAITE du BABY-SITTER :

 Lycéen  Etudiant  Demandeur d'emploi  Salarié  Sans importance

### FORMATION SOUHAITEE :

 BAFA  CAP Petite Enfance  PSC 1 (prévention et secours civique)  Sans importance

### EXPERIENCE SOUHAITEE :

 Non  Oui Si oui, âge des enfants gardés : Nombre d'années d'expériences :

### BESOIN DE TRANSPORT ? (par ex : trajet école-maison )

 Non  Oui

### LES BESOINS :

 Occasionnels  période du au

JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Horaires							

### VOS COMMENTAIRES :