



FORMULAIRE D'INSCRIPTION D'UN ENFANT EN LISTE D'ATTENTE

Date d'entrée souhaitée :

FORMULAIRE DE CONFIRMATION D'INSCRIPTION D'UN ENFANT

Enfant :

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>

L'enfant habite : chez ses parents chez la mère chez le père
 Famille monoparentale : vit seul(e) vit en ménage

Parents :

Père / Conjoint

Mère / Conjointe

Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA + Localité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. privé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email privé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Employeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. professionnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux d'activité	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Suivi par : CSR EVAM SPJ PC Famille autre : Nom du référent :

Placement :

Groupe :

Premier jour d'adaptation : Dernier jour d'adaptation :

Premier jour de fréquentation fixe :

Horaires confirmés						
Abonnement	Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Journée entière	07h30 - 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Journée entière	07h30 - 16h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin avec repas	07h30 - 13h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin sans repas	07h30 - 11h45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi sans repas	13h30 - 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Accueil de jour des enfants - Réseau « Enfants Chablais »
 c/o servicefamille management sàrl - Av. de la Gare 24 – 1880 Bex
 ☎ 024 552 01 30
 ✉ enfantschablais@ppfs.ch



L'Arbre à Musique
 CP 47
 1882 Gryon
 ☎ 079 859 73 29
 ✉ arbreamusique@bluewin.ch

Personnes autres que les parents autorisées à reprendre l'enfant :

Nom, Prénom : Tél. :

Adresse : Lien avec l'enfant :

Peut être contacté en cas d'urgence

Nom, Prénom : Tél. :

Adresse : Lien avec l'enfant :

Peut être contacté en cas d'urgence

Nom, Prénom : Tél. :

Adresse : Lien avec l'enfant :

Peut être contacté en cas d'urgence

Médecin de l'enfant : Lieu et tél. :

Nous attestons que notre enfant est assuré auprès des assurances suivantes :

Assurance maladie et accident : Assurance responsabilité civile :

Votre enfant souffre d'un handicap : oui non Si oui, lequel ?

Votre enfant prend des médicaments : oui non Si oui, lesquels ?

Pouvons-nous lui donner : En cas de fièvre dès..... °C Dafalgan ou générique En cas de chute Arnica

Votre enfant a des problèmes alimentaires/intolérances/allergies : oui (présenter un certificat médical) non

Si oui, lequel(le)s ?

Remarques/ Particularités :

.....

Lieu et date :

Signature de la direction de l'Arbre à Musique

Signature du (des) représentant(s) légal(-aux) de l'enfant

.....

Document à remettre à la garderie :

→ Formulaire d'inscription

Documents à remettre à servicefamille management sàrl - Av. de la Gare 24 – 1880 Bex :

→ Formulaire de renseignements financiers ainsi que les justificatifs demandés & l'attestation du taux d'activité