



**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"/>				
Journée entière	07h30 - 16h00	<input type="checkbox"/>				
Matin avec repas	07h30 - 13h30	<input type="checkbox"/>				
Matin sans repas	07h30 - 11h45	<input type="checkbox"/>				
Après-midi sans repas	13h30 - 18h30	<input type="checkbox"/>				



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