

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

Date d'entrée souhaitée : .....

• **FORMULAIRE DE CONFIRMATION D'INSCRIPTION D'UN ENFANT**

**Enfant :**

Nom		Prénom	
Né(e) le			Masculin      Féminin

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

**Parents :**

	Mère / Conjointe		Père / Conjoint
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse			
NPA + Localité			
Tél. privé		Tél. privé	
Tél. portable		Tél. portable	
E-mail privé		E-mail privé	
Employeur		Employeur	
Tél. professionnel		Tél. professionnel	
Taux d'activité		Taux d'activité	

Suivi par :  CSR    EVAM    SPJ    PC Famille    CSIR    autre : .....

Merci de joindre une attestation et d'indiquer la personne de contact :

Nom – Prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

E-mail : .....

**Nom de l'enseignant + Tél + classe :** .....

**Premier jour de fréquentation fixe :** .....

Abonnement	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin avant école					
Matin sans école : dès 8h30	—	—	—		—
Midi avec repas			—		
Après-midi sans école : jusqu'à 15h30			—		
Après-midi après école : jusqu'à 17h30			—		

Fin de journée : de 17h30 à 18h30			—		
-----------------------------------	--	--	---	--	--

**Estimation de l'heure d'arrivée de l'enfant dans la structure :** .....

**Personnes autres que les parents autorisés 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

J'autorise mon enfant à se rendre/revenir seul à/de son cours de ..... dès le .....

Votre enfant vient seul à l'UAPE ..... oui non

Votre enfant est autorisé à rentrer seul à son domicile ..... oui non

**Si oui, nous déclinons toute responsabilité concernant le trajet de l'UAPE au domicile**

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 du Baobab :

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

.....  
 .....

**Document à remettre à l'UAPE :**

→ Formulaire d'inscription + 2 photos passeports

**Documents à remettre au Réseau « Enfants Chablais » - Av. de la Gare 24 – 1880 Bex :**

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