

• **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"/>		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
NPA + Localité	<input type="text"/>		
Tél. privé	<input type="text"/>	Tél. privé	<input type="text"/>
Tél. portable	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>
E-mail privé	<input type="text"/>	E-mail privé	<input type="text"/>
Employeur	<input type="text"/>	Employeur	<input type="text"/>
Tél. professionnel	<input type="text"/>	Tél. professionnel	<input type="text"/>
Taux d'activité	<input type="text"/>	Taux d'activité	<input type="text"/>

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 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