

UAPE le Baobab
1882 Gryon

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

	Parent 1	Parent 2
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	
NPA + Localité	<input type="text"/>	
Tél. privé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail 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 CSIR autre :

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

Nom – Prénom :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Accueil

Collège :

Nom de l'enseignant + Tél + classe :

Premier jour de fréquentation fixe :

Abonnement	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin avant école	<input type="checkbox"/>				
Matin sans école dès 8h45	—	—	—	<input type="checkbox"/>	—
Midi avec repas	<input type="checkbox"/>				
Après-midi sans école jusqu'à 15h15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi après école jusqu'à 17h30	<input type="checkbox"/>				
Fin de journée de 17h30 à 18h30	<input type="checkbox"/>				

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

Assurances et santé

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 :

Par leur signature, les parents acceptent le règlement du Réseau « Enfants Chablais » et autorisent l'échange d'informations les concernant (nom, prénom et adresse des enfants, rythme de fréquentation) avec les communes membres du réseau.

Signature de la direction :

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

.....
.....

Document à remettre à l'UAPE :

→ Formulaire d'inscription

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

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