



FORMULAIRE D'INSCRIPTION D'UN ENFANT EN LISTE D'ATTENTE (à retourner à la crèche)

Date d'entrée souhaitée :

Enfant

Nom / prénom

Né(e) le

 Masculin Féminin

Frère/sœur de :

.....

Accueil souhaité

Acceptez-vous le règlement interne de la structure d'accueil :

Oui Non

L'accueil n'est possible qu'en cas d'acceptation du règlement.

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin avec repas	06h45 – 13h00	<input type="checkbox"/>				
Après-midi sans repas	13h30 – 18h30	<input type="checkbox"/>				
Petite journée	08h00 – 16h00	<input type="checkbox"/>				
Journée complète	06h45 – 18h30	<input type="checkbox"/>				

Solution de garde actuelle :

Accueil familial de jour (AFJ)	<input type="checkbox"/>				
Autre structure d'accueil	<input type="checkbox"/>				
Solution privée	<input type="checkbox"/>				
Pas de solution	<input type="checkbox"/>				

Raison de l'accueil :

obligation professionnelle

autre raison :

Etes-vous flexible quant aux jours ou demi-jours souhaités :

Oui Non

Acceptez-vous une place avec un accueil inférieur à votre demande :

Oui Non

Partie remplie par la direction de la crèche

Confirmation de l'inscription

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin avec repas	06h45 – 13h00	<input type="checkbox"/>				
Après-midi sans repas	13h30 – 18h30	<input type="checkbox"/>				
Petite journée	08h00 – 16h00	<input type="checkbox"/>				
Journée complète	06h45 – 18h30	<input type="checkbox"/>				

Premier jour d'adaptation :

Dernier jour d'adaptation :

1^{er} jour de fréquentation de fixe :

Date :

Signature de la direction :

Ménage

L'enfant habite : avec ses parents
 avec la mère → vit seule vit en couple (partenaire à annoncer ci-dessous)
 avec le père → vit seul vit en couple (partenaire à annoncer ci-dessous)

Composition ménage : Mère Partenaire du père Père Partenaire de la mère

Nom		
Prénom		
E-mail		
Tél. privé		

Adresse actuelle	
NPA + Localité	

Si déménagement prévu, nouvelle adresse :

A partir du :

Situation professionnelle

Actif professionnellement	<input type="checkbox"/>	Actif professionnellement	<input type="checkbox"/>
En recherche d'emploi (inscription à l'ORP exigée)	<input type="checkbox"/>	En recherche d'emploi (inscription à l'ORP exigée)	<input type="checkbox"/>
En formation	<input type="checkbox"/>	En formation	<input type="checkbox"/>
Sans activité*	<input type="checkbox"/>	Sans activité*	<input type="checkbox"/>

Employeur(s)		
Tél. professionnel		
Taux d'activité	%	%

Plusieurs employeurs Oui Non Oui Non

*Sans activité : tarif non subventionné

Aides Oui Non

Suivi par : CSR EVAM DGEJ
 PC Famille CSIR Autre :

Etablissement concerné :

Merci d'indiquer la personne de contact :

Nom – Prénom :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Approbation des parents

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.

Date : Signature :

Signature :

*Règlement du réseau « Enfants Chablais » : <https://arasape.ch/aje>