

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION D'UN ENFANT EN LISTE D'ATTENTE** (à retourner à l'UAPE)

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.

Taux	Abonnement	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8%	Matin avant école	<input type="checkbox"/>				
	Matin sans école dès 8h45	—	—	—	<input type="checkbox"/>	—
4%	Midi avec repas	<input type="checkbox"/>				
8%	Après-midi sans école jusqu'à 15h15	<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 : .....

**Partie remplie par la direction de l'UAPE**

**Confirmation de l'inscription**

- selon l'accueil souhaité
- selon les prestations suivantes :

Taux	Abonnement	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8%	Matin avant école	<input type="checkbox"/>				
	Matin sans école dès 8h45	—	—	—	<input type="checkbox"/>	—
4%	Midi avec repas	<input type="checkbox"/>				
8%	Après-midi sans école jusqu'à 15h15	<input type="checkbox"/>				
	Après-midi après école jusqu'à 17h30	<input type="checkbox"/>				
	Fin de journée de 17h30 à 18h30	<input type="checkbox"/>				

1<sup>er</sup> jour d'accueil : .....

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>