

## 2019-2020

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

### 1. Informations concernant l'enfant

Nom

Né (e) le

Nom du pédiatre, adresse et no de téléphone

Prénom

ou date du terme de la grossesse

### 2. Informations concernant les représentants légaux

Situation familiale :

mariés

divorcés

union libre

veuf(ve)

célibataire

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Père

Nom

Prénom

Autorité parentale

oui

non

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Mère

Nom

Prénom

Autorité parentale

oui

non

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Nationalité

Profession exercée

Employeur

No de téléphone portable

No de téléphone professionnel

No de téléphone de la maison

Adresse

Village de domicile

Domicilié

oui

non

permis

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Adresse e-mail

Nationalité

Profession exercée

Employeur

No de téléphone portable

No de téléphone professionnel

No de téléphone de la maison

Adresse

Village de domicile

Domiciliée

oui

non

permis

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Adresse e-mail

### 3. Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

1. Nom/Prénom	No de téléphone	Lien avec l'enfant
2. Nom/Prénom	No de téléphone	Lien avec l'enfant

### 4. Fratrie

L'enfant a des (demi-) frères/sœurs

1. Nom/Prénom	1.Date de naissance
2. Nom/Prénom	1.Date de naissance
3. Nom/Prénom	1.Date de naissance

### 5. Fréquentation

Présent durant les vacances scolaires			oui	non			
Planning de la semaine			lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Journée	dès 6 heures						
1/2 journée	2-4 heures	matin					
1/2 journée	2-4 heures	après-midi					
3/4 journée	4-6 heures	matin					
3/4 journée	4-6 heures	après-midi					
		repas					

### 6. Remarques particulières

Recommandations				
Régime alimentaire spécial				
Allergies et intolérance				
Votre enfant est sujet à	épilepsie	faux-croûpe	asthme	eczéma

Des sorties, hors de l'enceinte de la structure d'accueil seront organisées. Les déplacements s'effectueront à pied ou avec les transports publics. En conséquence, j'autorise mon enfant à participer à de telles sorties. Je confirme avoir pris connaissance du règlement.

oui  non

J'autorise mon enfant à se faire photographier et filmer

oui  non

Date d'entrée désirée

Date d'entrée effective (à remplir par la responsable de la crèche)

Signature du parent

Lieu et Date













