

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

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

Nationalité

Profession exercée

Profession exercée

Employeur

Employeur

No de téléphone portable

No de téléphone portable

No de téléphone professionnel

No de téléphone professionnel

No de téléphone de la maison

No de téléphone de la maison

Adresse

Adresse

Village de domicile

Village de domicile

Domicilié

oui

non

permis

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

Domiciliée

oui

non

permis

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

Adresse e-mail

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

