



UAPE Caliméro

Formulaire de demande d'inscription

Nom et Prénom de l'enfant : _____

COORDONNÉES DE L'ENFANT	
Adresse : _____ _____	Langue(s) parlée(s) à la maison : _____
Tel privé : _____	L'enfant a des (demi-) frères/soeurs : Nom/Prénom, Date de naissance
Date de naissance : _____	1. _____
Lieu ou pays d'origine : _____	2. _____
Langue maternelle : _____	3. _____

COORDONNÉES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX				
Situation familiale :	<input type="radio"/> Mariés	<input type="radio"/> Divorcés	<input type="radio"/> Séparés	<input type="radio"/> Célibataire
	<input type="radio"/> Union libre	<input type="radio"/> Veuf(ve)	<input type="radio"/> Autre :	_____
	<u>Père/représentant légal</u>	<u>Mère /représentante légale</u>		
Nom et prénom :	_____	_____		
Pays d'origine :	_____	_____		
Profession :	_____	_____		
Employeur :	_____	_____		
Tél. Prof.:	_____	_____		
Natel :	_____	_____		
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :	_____	_____		
	_____	_____		
E-mail:	_____	_____		

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT	
Nom/Prénom, Domicile, No de téléphone, Lien avec l'enfant	
1.	_____
2.	_____
3.	_____

MÉDECIN TRAITANT

Nom, prénom : _____

Lieu : _____

No de téléphone : _____

Nom de la caisse maladie : _____

Nom de l'assurance RC : _____

SANTEAllergie / régime alimentaire/ problème particulier de santé: Oui Non

Si oui : _____

L'éducatrice de la petite enfance peut-elle donner des médicaments en cas d'urgence ? Oui Non

Est-ce que votre enfant a déjà eu :

 Varicelle Oreillons Rubéole Scarlatine Rougeole**FREQUENTATION**

Degré scolaire : _____ Nom/Prénom du professeur : _____

Indiquez dans le tableau ci-dessous l'horaire désiré :

Si jours fixes :

<input type="checkbox"/> Lundi	Arrivée	<input type="text"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Départ	<input type="text"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Goûter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mardi	Arrivée	<input type="text"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Départ	<input type="text"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Goûter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mercredi	Arrivée	<input type="text"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Départ	<input type="text"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Goûter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jeudi	Arrivée	<input type="text"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Départ	<input type="text"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Goûter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vendredi	Arrivée	<input type="text"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Départ	<input type="text"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Goûter	<input type="checkbox"/>

Si jours non-fixes :

<input type="checkbox"/> 4 jours/mois	Arrivée	<input type="text"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Départ	<input type="text"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Goûter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8 jours/mois	Arrivée	<input type="text"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Départ	<input type="text"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Goûter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12 jours/mois	Arrivée	<input type="text"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Départ	<input type="text"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Goûter	<input type="checkbox"/>

Motif du placement : _____

Présence pendant les congés scolaires: (Admissions jusqu'à la fin de la 2^{ème} P) Oui Non

Date d'entrée désirée : _____

Les parents ont pris connaissance du règlement et acceptent les conditions déterminant la facturation mensuelle.

Salvan, le _____

Signature : _____