

## Crèche

### Formulaire de demande d'inscription

**Nom et Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

- Crèche (18 mois à 5 ans)

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

<b><u>COORDONNÉES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX</u></b>		
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:	_____	_____

<b><u>AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT</u></b>	
	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 : \_\_\_\_\_

**SANTE**Allergie / 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**

La crèche est ouverte du lundi au vendredi de 7h à 18h30, sauf le mercredi de 7h à 12h.

**Heures d'arrivée:**

Le matin entre 7h et 9h

**Heures de départ:**

Le matin entre 11h et 11h45, l'après-midi entre 13h30 et 14h00

Le soir, soit entre 16h et 16h15, soit après le goûter à partir de 16h45

Merci d'indiquer **les heures d'arrivée et de départ** dans les cases et de mettre une coche lorsque l'enfant prend les repas/collations.

	Matin	Déj.	Dîner	Après-midi	Goûter	Journée entière
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						

**Si jours non-fixes (préciser le nombre de jour ou demi-jour) :** jour par semaine : Arrivée  Départ  Dîner  Déjeuner  ½ jour par sem. : Arrivée  Départ  Dîner  Déjeuner **Motif du placement :** \_\_\_\_\_**Présence pendant les congés scolaires:**  Oui  Non**Date d'entrée désirée :** \_\_\_\_\_**Les parents ont pris connaissance du règlement et acceptent les conditions déterminant la facturation mensuelle.**

Salvan, le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_