

UAPE**Formulaire de demande d'inscription**

Nom et Prénom de l'enfant : _____

<u>COORDONNÉES DE L'ENFANT</u>	
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. _____

<u>COORDONNÉES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX</u>					
Situation familiale :	<input type="radio"/> Mariés <input type="radio"/> Divorcés <input type="radio"/> Séparés <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Concubin Autre : _____				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>Représentant légal 1</u></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>Représentant légal 2</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> (à qui adresser la facture)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> (à qui adresser la facture)</td> </tr> </table>	<u>Représentant légal 1</u>	<u>Représentant légal 2</u>	<input type="checkbox"/> (à qui adresser la facture)	<input type="checkbox"/> (à qui adresser la facture)
<u>Représentant légal 1</u>	<u>Représentant légal 2</u>				
<input type="checkbox"/> (à qui adresser la facture)	<input type="checkbox"/> (à qui adresser la facture)				
Nom et prénom :	_____				
Pays d'origine :	_____				
Profession :	_____				
Employeur* / % de travail :	_____				
Tél. Prof.:	_____				
Natel :	_____				
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :	_____				

E-mail:	_____				

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

	Avant l'école	Matinée Pour les 1H-4H	Repas Pour les 1H- 2H	Après-midi pour les 1H		Après l'école 2H-8H			Déjeuner	Goûter
				12h45 - 15h30	12h45 - 18h30	15h30 - 16h30	16h30 - 17h30	17h30 - 18h30		
	7h00-8h10	7h-12h	11h35-12h45	12h45 - 15h30	12h45 - 18h30	15h30 - 16h30	16h30 - 17h30	17h30 - 18h30		
Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										

Motif du placement : _____

Présence pendant les congés scolaires: (Admissions jusqu'à la fin de la 6H) Oui Non

Date d'entrée désirée : _____

Les parents ont pris connaissance du règlement et acceptent les conditions générales.

Salvan, le _____

Signature : _____

*la direction se réserve le droit d'exiger une attestation de travail