

Formulaire d'inscription

Enfant :

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

Langue maternelle Nationalité

Sexe Religion

Adresse exacte

.....

Téléphone

Assurance maladie et accidents

Médecin traitant

Votre enfant souffre-t-il d'allergie ?

Votre enfant a-t-il contracté :

- | | | | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|
| • Coqueluche | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Rubéole | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Oreillons | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Scarlatine | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Rougeole | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Varicelle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Votre enfant suit-il un régime particulier ? oui non

Si oui, lequel ?

Frères et sœurs (prénoms et âges)

.....

.....

.....

Personne(s) responsable(s) de l'enfant

Qui vient chercher l'enfant ?

Parents :

Nom et prénom :

Adresse exacte :

.....

Tél. privé : Portable :

Tél. professionnel :

Profession :

Etat civil :

Présences :

Quel(s) jour(s) votre enfant viendra-t-il à la crèche ?

Par semaine au minimum : 1 demi-jour ou une journée complète

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Repas					
Après-midi					

Début du placement

Remarques :

- La crèche est ouverte de 7 h. 00 à 18 h 00
- Une taxe unique d'inscription de 150.- non remboursable est demandée. L'inscription est définitive lorsque ce montant est payé.

Joindre une copie

- *Carnet de vaccinations*
- *Contrat d'assurance maladie-accidents*

En signant ce formulaire, les parents admettent avoir pris connaissance du règlement et s'engagent à le respecter.

Date

Signature(s) du (des) représentant(s) légal(aux)

.....

.....

Formulaire à envoyer à :

**Administration communale
1474 Châbles**