

Enfant

Nom :

Prénom :

Garçon ☐ Fille ☐

Né(e) le :

Pays d'origine :

Adresse

Adresse :

CP - Ville :

☎ privé :

☎ mobile père :

☎ mobile mère :

E-mail :

L'enfant vit avec : ☐ ses parents ☐ sa mère seule ☐ son père seul ☐ autre :

Père

ACTIVITE PROFESSIONNELLE OBLIGATOIRE

Mère

Nom :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Pourcentage :

Horaire :

☎ prof. :

Nom :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Pourcentage :

Horaire :

☎ prof. :

Indiquez les horaires d'accueils souhaités :

	Semaine du 27 avril	Semaine du 4 mai	Semaine du 11 mai		
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					

Renseignements complémentaires

Pédiatre de l'enfant :

. Qui appeler en cas d'urgence ? (par ordre de priorité)

..... ① :

..... ② :

. Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant ?

..... ① :

..... ② :

Remarques éventuelles – Particularités (allergies – médicaments – « doudou »....:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : **Signature :**

A retourner le document scanné PDF par mail au service.enfance@monthey.ch