

DEMANDE D'INSCRIPTION À la **nurserie-crèche** **LA TONKINELLE**

(Laisser vides les champs inconnus svp)

Nom de l'enfant		Adresse	
Prénom		Monthey <input type="checkbox"/>	Choëx <input type="checkbox"/> Les Giettes <input type="checkbox"/>
Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	Tél. privé	
Né-e le		Mobile mère	
Ou date du terme		Mobile père	
Pays d'origine	Nationalité	E-mail famille (lisiblement svp)	

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

<i>Laisser vide svp</i>		<i>Laisser vide svp</i>	
Nom du père		Nom de la mère	
Prénom		Prénom	
Profession		Profession	
Employeur		Employeur	
Pourcentage		Pourcentage	
Horaire		Horaire	
Tél. prof.		Tél. prof.	

- Placement autorisé uniquement pendant les jours/heures de travail du/des parents
- Une attestation de l'employeur sera demandée à l'accueil

Placement fixe : indiquer par **X** les périodes souhaitées **Placement irrégulier** : svp contacter la structure (024 475 70 20)

Placement :

- min. 2 x/semaine
- 2 jours différents
- journées et $\frac{2}{3}$ de journées prioritaires

	Période $\frac{1}{2}$ journée		Période $\frac{2}{3}$ de journée		Période Journée
	6h45 12h00	13h30 18h45	6h45 14h00	10h30 18h45	6h45 18h45
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					

Dès le	
(un délai de plusieurs semaines est à prévoir)	
<ul style="list-style-type: none"> • les contrats prennent effet au 1^{er} jour du mois, dès l'intégration de l'enfant 	

Pédiatre de l'enfant	
-----------------------------	--

Qui appeler en cas d'urgence (par ordre de priorité) ? Indiquer svp le nom + le degré de parenté/lien	
	①
	①
	①
	①

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant ? (devront impérativement être munies d'un badge d'accès pour pouvoir pénétrer à l'intérieur du bâtiment - 2 badges sont fournis d'office à l'intégration - des pièces supplémentaires pourront être délivrées sur demande au moment de l'accueil)	
Les mêmes personnes énoncées ci-dessus <input type="checkbox"/>	Autres personnes <input type="checkbox"/>
Si autres personnes, précisez :	
	①
	①
	①

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant est-il sujet à des allergies ?	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant est-il sujet à ?			
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> convulsions	<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> autre
Si autre, précisez :			
Quelles sont les mesures d'urgence à prendre (soins particuliers) ? Comment agir/réagir ?			

