

DEMANDE D'INSCRIPTION À la crèche L'ILE AUX ENFANTS

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

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

Laisser vide svp

Laisser vide svp

Nom du père	
Prénom	
Profession	
Employeur	
Pourcentage	
Horaire	
Tél. prof.	

Nom de la mère	
Prénom	
Profession	
Employeur	
Pourcentage	
Horaire	
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

	Période ½ journée (Ø repas de midi)		Période ⅔ de journée (avec repas de midi)		Période Journée
	6h45 11h45	13h30 18h45	6h45 14h00	10h30 18h45	
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					

(aucun départ/arrivée entre 11h45 et 13h30)

Date d'accueil souhaitée	
(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 ?	
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 ?			

