

DEMANDE D'INSCRIPTION À L'UAPE L'ILE AUX ENFANTS

Nom de l'enfant	
Prénom	
Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>
Né-e le	
Pays d'origine	
Nationalité	

Adresse	
Monthey <input type="checkbox"/>	Choëx <input type="checkbox"/> Les Giettes <input type="checkbox"/>
Téléphone fixe	
Mobile mère	
Mobile père	
E-mail famille (lisiblement svp ☺)	

L'enfant est actuellement scolarisé en 1H 2H 3H 4H futur écolier

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**
- L'attestation de l'employeur fait foi**

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

Placement pendant la scolarité				
Minimum : • 2 x/sem. • 2 jrs diff.	Période Matin <small>dès 6h45</small>	Période Midi	Période Soir <small>jusqu'à 18h45</small>	Période Jour
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

Placement pendant les congés scolaires (hors vacances)		
Matinée + midi	Après-midi	Journée entière
	1H	
	1H	
2H – 3H – 4H	1H à 4H	1H à 4H
2H – 3H – 4H	1H	
	1H	

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 seules les semaines de scolarité sont prises en compte dans le calcul du coût de pension mensuel 	

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 ?			

