

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

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"/>		Téléphone fixe	
Né-e le		Mobile mère	
Pays d'origine		Mobile père	
Nationalité		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		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
- 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					Placement pendant les congés scolaires (hors vacances)		
Minimum : • 2 x/sem. • 2 jrs diff.	Période Matin dès 6h45	Période Midi	Période Soir jusqu'à 18h45	Période Jour	Matinée + midi	Après-midi	Journée entière
Lundi						1H	
Mardi						1H	
Mercredi							
Jeudi					2H	1H	
Vendredi						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 ?			

Peut-on administrer un médicament, y compris homéopathique, à votre enfant ?

☐ oui

☐ non

Commentaire éventuel :

Est-il allergique à certains produits médicamenteux (crèmes, homéopathie, etc.) ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquels :

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?

☐ oui

☐ non

Prénom :

Âge :

Prénom :

Âge :

Prénom :

Âge :

Prénom :

Âge :

Vivent-ils sous le même toit ?

☐ oui

☐ non

Remarques éventuelles

Date :

Signature :

Envoi du formulaire

par courrier

Service de l'Enfance - Case postale 202 - 1870 Monthey 1

par mail

service.enfance@monthey.ch « sous format .pdf (scan) - **photos non recevables** »

renseignements

www.monthey.ch - 024 - 475 70 20