

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

Laisser vide svp	
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 dès 6h45	Période Midi	Période Soir jusqu'à 18h45	Période Jour
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

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

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant ?

Les mêmes personnes énoncées ci-dessus Autres personnes

Si autres personnes, précisez :

	①
	②
	③

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

oui non

Si oui, précisez :

Votre enfant est-il sujet à des allergies ?

oui non

Si oui, précisez :

Votre enfant est-il sujet à ?

épilepsie convulsions asthme 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 ?	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Commentaire éventuel :	

Est-il allergique à certains produits médicamenteux (crèmes, homéopathie, etc.) ?	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels :	

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?			
<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Prénom :	Âge :	Prénom :	Âge :
Prénom :	Âge :	Prénom :	Âge :
Vivent-ils sous le même toit ?			
<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	

Remarques éventuelles

Date :

Signature :

Envoi du formulaire

par courrier

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

par mail

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

renseignements

www.monthev.ch - 024 - 475 70 20