

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

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

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

<i>Laisser cette case vide svp</i>		<i>Laisser cette case vide svp</i>	
Nom du parent 1			
Prénom			
Profession			
Employeur			
Pourcentage			
Horaire			
Tél. prof.			
Nom du parent 2			
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	6h45 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)
	(2)
	(3)
	(4)

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)		
	(2)		

Quel est votre choix de menu pour l'enfant ?		
<input type="checkbox"/> Classique	<input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Végétarien

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 ?

<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@monthey.ch / sous format .pdf (**photos non recevables**)

renseignements www.monthey.ch - 024 - 475 70 20