

CRECHE: FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Le dossier complet doit être remis au secrétariat de Fleurs des Champs pour validation. Aucun dossier ne sera accepté par e-mail ou par courrier postal. Délai de réponse: minimum 30 jours de délai d'attente

1. Informations concernant l'enfant

| | | | |
|--|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| Nom: | <input type="text"/> | Prénom: | <input type="text"/> |
| Né(e) le ou date du terme de la grossesse: | <input type="text"/> | Nationalité : | <input type="text"/> |
| Commune de domicile: | <input type="text"/> | N° de téléphone de la maison: | <input type="text"/> |
| Adresse : | Adresse (suite): | Code postal et Localité: | <input type="text"/> |

2. Informations concernant les représentants légaux

Situation familiale: mariés divorcés séparés union libre célibataires veuf(ve) famille d'accueil
depuis le:

PARENT 1 /REPRESENTANT LEGAL (à qui adresser la facture)

| | |
|---------------|--------------------------|
| Nom: | <input type="text"/> |
| Prénom: | <input type="text"/> |
| Nationalité : | <input type="text"/> |
| Permis: | <input type="checkbox"/> |

Autorité parentale

| | |
|--|---|
| Profession exercée: | <input type="text"/> |
| Employeur: (nom + localité) | <input type="text"/> |
| N° de natel: | <input type="text"/> |
| N° tél. professionnel: | <input type="text"/> |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) | <input type="text"/> |
| Adresse e-mail : Facture par e-mail: | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

PARENT 2 /REPRESENTANTE LEGALE (à qui adresser la facture)

| | |
|---------------|--------------------------|
| Nom: | <input type="text"/> |
| Prénom: | <input type="text"/> |
| Nationalité : | <input type="text"/> |
| Permis: | <input type="checkbox"/> |

Autorité parentale

| | |
|--|---|
| Profession exercée: | <input type="text"/> |
| Employeur: (nom + localité) | <input type="text"/> |
| N° de natel: | <input type="text"/> |
| N° tél. professionnel: | <input type="text"/> |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) | <input type="text"/> |
| Adresse e-mail : Facture par e-mail: | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

3. Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

| | | | | | |
|----------------|----------------------|------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| 1. Nom/Prénom: | <input type="text"/> | N° de téléphone: | <input type="text"/> | Lien avec l'enfant: | <input type="text"/> |
| 2. Nom/Prénom: | <input type="text"/> | N° de téléphone: | <input type="text"/> | Lien avec l'enfant: | <input type="text"/> |
| 3. Nom/Prénom: | <input type="text"/> | N° de téléphone: | <input type="text"/> | Lien avec l'enfant: | <input type="text"/> |
| 4. Nom/Prénom: | <input type="text"/> | N° de téléphone: | <input type="text"/> | Lien avec l'enfant: | <input type="text"/> |

4. Informations diverses

| | | | |
|-----------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Nom du pédiatre | <input type="text"/> | Nom de la Caisse Maladie: | <input type="text"/> |
|-----------------|----------------------|---------------------------|----------------------|

5. Fratrie

L'enfant a des (demi-)frères/sœurs

1. Nom/Prénom:

1. Date de naissance

2. Nom/Prénom:

2. Date de naissance:

3. Nom/Prénom:

3. Date de naissance:

6. Fréquentation

Date entrée désirée

dont 10 jours ouvrés d'adaptation

Jours fixes:

- | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Mardi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Mercredi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Jeudi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Vendredi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |

Structure désirée: **Croc'Soleil** (Chermignon) dès 18 mois

Fleurs des Champs (Crans-Montana) dès 3 mois

7. Remarques particulières: allergies alimentaires, troubles, suivi thérapeutique, autres, etc...)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Signature du/des parent/s ayant l'autorité parentale:

Lieu et Date:

À remplir par le/la responsable pédagogique de la structure

8. Fréquentation

Date réception dossier complet

Date entrée effective

- | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Mardi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Mercredi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Jeudi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Vendredi: | Heure d'arrivée | <input type="text"/> | Heure de départ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Dîner | <input type="checkbox"/> Goûter |

Structure désirée: **Croc'Soleil** (Chermignon) dès 18 mois

Fleurs des Champs (Crans-Montana) dès 3 mois

Signature du RP

Date:

CHECK-LIST PARENTS DOCUMENTS REQUIS LORS DE L'INSCRIPTION

| Documents de base | Séparation ou divorce | Employeurs | Documents financiers |
|--|---|---|---|
| <p>si nationalité Suisse</p> <p>Carte d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><input type="checkbox"/> enfant</p> <p>si nationalité étrangère</p> <p>Permis de séjour</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><input type="checkbox"/> enfant</p> | <p>décision judiciaire <input type="checkbox"/></p> | <p>Attestation de travail</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>si indépendant</p> <p>Attestation Caisse AVS</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>si rente AI</p> <p>Décision <input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> | <p><i>à demander en cas de besoin au Service des Contributions 027 606 25 09</i></p> <p>PV cantonal de taxation <input type="checkbox"/> parent 1 <i>année en cours - 2 ans</i> <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>si impôts à la source (permis B, ...) <i>à demander auprès de votre employeur*</i></p> <p>Certificat de salaire annuel <input type="checkbox"/> parent 1 <i>année en cours - 1 ans</i> <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>* si plusieurs employeurs nous fournir tous les certificats de salaires annuels</p> |

ATTESTATION DE TRAVAIL (à remplir par l'employeur)

Nom/Prénom de l'employé/e : _____

Adresse complète de l'employé/e : _____

Type de contrat de travail : CDI CDD en qualité de : _____

au sein de la société : _____ (nom figurant au registre du commerce)

Date d'engagement : _____ (JJ/MM/AAAA) Date de fin de contrat : _____ (JJ/MM/AAAA)

Taux d'activité : _____ % répartis selon les jours et horaires suivants :

Si les jours de travail sont fixes :

LUNDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

MARDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

MERCREDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

JEUDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

VENDREDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

SAMEDI : 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

DIMANCHE : 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

Si les jours de travail sont non-fixes :

1 jour/semaine : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

2 jours/semaine : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

3 jours/semaine : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

4 jours/semaine : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

SAMEDI : 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

DIMANCHE : 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

Par notre signature, nous certifions que les renseignements fournis sont conformes à la réalité.

Date : _____

Signature et Timbre officiel de la Société
Nom/Prénom de la personne de contact
