

UAPE ENFANTINE: 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"/>	Permis: <input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

2. Informations concernant les représentants légaux

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

<input type="checkbox"/> PÈRE/REPRESENTANT LEGAL (à qui adresser la facture)	<input type="checkbox"/> MERE/REPRESENTANTE LEGALE (à qui adresser la facture)
Nom:	Nom:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom:	Prénom:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité :	Nationalité :
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Permis: <input type="checkbox"/>	Permis: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Autorité parentale
Profession exercée:	Profession exercée:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Employeur: (nom + localité)	Employeur: (nom + localité)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de natel:	N° de natel:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° tél. professionnel:	N° tél. professionnel:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (si différente de celle de l'enfant)	Adresse (si différente de celle de l'enfant)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse e-mail : Facture par e-mail: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Adresse e-mail : Facture par e-mail: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

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

4. Informations diverses

Nom du pédiatre

Nom de la Caisse Maladie:

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

Centre scolaire fréquenté

Degré scolaire

Structure désirée:

Jours fixes:

	Heure d'arrivée	matin	am	midi	pm	Soir	Heure départ	D	G
<input type="checkbox"/> Lundi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mardi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mercredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jeudi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vendredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Croc'Soleil
(Chermignon)

Fleurs des Champs
(Crans-Montana)

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

Signature des 2 parents ayant l' "autorité parentale":

Lieu et Date:

A remplir par le responsable pédagogique de la structure

8. Fréquentation

Date entrée effective

Centre scolaire fréquenté

Degré scolaire

Structure confirmée:

	Heure d'arrivée	matin	am	midi	pm	Soir	Heure départ	D	G
<input type="checkbox"/> Lundi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mardi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mercredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jeudi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vendredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Croc'Soleil
(Chermignon)

Fleurs des Champs
(Crans-Montana)

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 Carte d'identité <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> enfant</p> <p>si nationalité étrangère Permis de séjour <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> enfant</p>	<p>décision judiciaire <input type="checkbox"/></p>	<p>Attestation de travail <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère</p> <p>si indépendant Attestation Caisse AVS <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère</p> <p>Si rente AI Décision <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère</p>	<p>(à demander en cas de besoin au Service des Contributions 027 606 25 09)</p> <p>PV cantonal de taxation <input type="checkbox"/> père <i>année en cours - 2 ans</i> <input type="checkbox"/> mère</p> <p>(à demander auprès de votre commune de domicile)</p> <p>Si impôts à la source Attestation revenus <input type="checkbox"/> père * <i>année en cours - 2 ans</i> <input type="checkbox"/> mère*</p> <p>*(date entrée en Suisse) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> *(date entrée en Suisse) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Certificat de salaire annuel <input type="checkbox"/> père <i>année en cours - 2 ans</i> <input type="checkbox"/> mère</p> <p>* si plusieurs employeurs <input type="checkbox"/> mère 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
