

NURSERIE: 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:

PÈRE/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)

Adresse e-mail : Facture par e-mail: oui non

MERE/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)

Adresse e-mail : Facture par e-mail: oui 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

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

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 <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> enfant</p> <p>si nationalité étrangère</p> <p>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</p> <p>Attestation Caisse AVS <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère</p> <p>si rente AI</p> <p>Décision <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère</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"/> père <i>année en cours - 2 ans</i> <input type="checkbox"/> mère</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"/> père <i>année en cours - 1 ans</i> <input type="checkbox"/> mère</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
