

## 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 45 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"/> <b>PARENT 1 /REPRESENTANT LEGAL</b> (à qui adresser la facture)       | <input type="checkbox"/> <b>PARENT 2 /REPRESENTANTE LEGALE</b> (à qui adresser la facture) |                             |  |                      |                      |                        |                          |
| Nom:   | <input type="text"/>   | Nom:                        | <input type="text"/>   |                      |                      |                        |                          |
| Prénom:  | <input type="text"/>   | Prénom:                     | <input type="text"/>   |                      |                      |                        |                          |
| Nationalité :  | <input type="text"/>   | Permis:                     | <input type="checkbox"/>   | Nationalité :        | <input type="text"/> | Permis:                | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autorité parentale  | <input type="checkbox"/> Autorité parentale  |                             |  |                      |                      |                        |                          |
| Profession exercée:  | <input type="text"/>   | Profession exercée:         | <input type="text"/>   |                      |                      |                        |                          |
| Employeur: (nom + localité)  | <input type="text"/>   | Employeur: (nom + localité) | <input type="text"/>   |                      |                      |                        |                          |
| N° de natel:   | <input type="text"/>   | N° tél. professionnel:      | <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 (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 | <input type="text"/>   |                             | Adresse e-mail : Facture par e-mail: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <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                 | <input type="text"/> | Nom de la Caisse Maladie:       | <input type="text"/> |
| Date de reprise du travail Père | <input type="text"/> | Date de reprise du travail Mère | <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><b>si nationalité Suisse</b></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><b>si nationalité étrangère</b></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><b>si indépendant</b></p> <p>Attestation Caisse AVS</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><b>si rente AI</b></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<br/><i>année en cours - 2 ans</i> <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><b>si impôts à la source (permis B, ...)</b><br/><i>à demander auprès de votre employeur*</i></p> <p>Certificat de salaire annuel <input type="checkbox"/> parent 1<br/><i>année en cours - 1 ans</i> <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>* si plusieurs employeurs<br/>nous fournir tous les certificats de salaires annuels</p> |



## Attestation de travail

### EMPLOYEUR

Nom et adresse de l'entreprise

---

NOM(S) et Prénom(s) de l'employé-e

---

Fonction au sein de l'entreprise

---

Type de contrat  CDI  CDD dès le \_\_\_\_\_ et jusqu'au (si applicable) \_\_\_\_\_

Taux d'activité \_\_\_\_\_% répartis selon le planning suivant :

**Jours de travail 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

**Jours de travail NON-FIXES ou IRREGULIERS**

Nombre de jours estimé par semaine :  1  2  3  4  5  6  7

Nombre de jours estimé par mois : \_\_\_\_\_

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

**Remarque**

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

Date \_\_\_\_\_

Signature et Timbre officiel de l'entreprise  
NOM et Prénom de la personne de contact

---