

Formulaire de demande d'inscription

NURSERIE-CRECHE

1. Informations concernant l'enfant

NOM-S <input type="text"/>	Prénom-s <input type="text"/>
Date de naissance/DPA <input type="text"/>	Nationalité <input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Inconnu	Permis <input type="checkbox"/>
Adresse <input type="text"/>	Code postal, localité <input type="text"/>
Commune de domicile <input type="text"/>	L'enfant vit chez <input type="checkbox"/> ses 2 parents <input type="checkbox"/> sa mère <input type="checkbox"/> son père <input type="checkbox"/> en famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre, préciser: _____

2. Informations concernant les représentants légaux

Situation des parents Mariés Famille monoparentale, divorcés ou séparés Concubinage Garde alternée

<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> Autre représentant, préciser : _____	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> Autre représentant, préciser : _____
NOM-S <input type="text"/>	NOM-S <input type="text"/>
Prénom-s <input type="text"/>	Prénom-s <input type="text"/>
Nationalité <input type="text"/>	Nationalité <input type="text"/>
Permis <input type="checkbox"/>	Permis <input type="checkbox"/>
Etat civil <input type="checkbox"/> marié-e <input type="checkbox"/> divorcé-e <input type="checkbox"/> séparé-e <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf-ve depuis le: _____	<input type="checkbox"/> marié-e <input type="checkbox"/> divorcé-e <input type="checkbox"/> séparé-e <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf-ve depuis le: _____
Profession <input type="text"/>	Profession <input type="text"/>
Employeur (Entreprise + localité) <input type="text"/>	Employeur (Entreprise + localité) <input type="text"/>
N° de téléphone privé <input type="text"/>	N° de téléphone privé <input type="text"/>
N° de téléphone professionnel <input type="text"/>	N° de téléphone professionnel <input type="text"/>
Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) <input type="text"/>	Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) <input type="text"/>
Adresse e-mail <input type="text"/>	Adresse e-mail <input type="text"/>

L'autorité parentale est détenue par les 2 parents la mère le père Autre, préciser: _____

La facturation doit être adressée à (débitteur principal) la mère le père Autre, préciser: _____

3. Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

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

4. Informations diverses

Pédiatre (NOM-S, prénom, lieu) <input type="text"/>	Caisse Maladie <input type="text"/>
Date entrée en fonction mère ou reprise après l'arrêt de travail <input type="text"/>	Date entrée en fonction père ou reprise après l'arrêt de travail <input type="text"/>

5. Fratrie

NOM-S, Prénom-s []	Date de naissance []	Accueilli au sein de la Fondation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours d'inscription
NOM-S, Prénom-s []	Date de naissance []	Accueilli au sein de la Fondation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours d'inscription
NOM-S, Prénom-s []	Date de naissance []	Accueilli au sein de la Fondation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours d'inscription

6. Fréquentation

Date d'entrée désirée [] dont 10 jours ouvrés environ d'adaptation

<input type="checkbox"/> Jours et horaires FIXES	<input type="checkbox"/> Jours et horaires NON-FIXES	<input type="checkbox"/> Jours et horaires IRREGULIERS																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jours</th> <th>Horaire d'arrivée</th> <th>Horaire de départ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Lundi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mardi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mercredi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Judi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vendredi</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Jours	Horaire d'arrivée	Horaire de départ	Lundi			Mardi			Mercredi			Judi			Vendredi			Inscription selon un planning hebdomadaire variable. La place n'est pas garantie et dépendante des places disponibles. Le parent paie uniquement ce qui a été convenu, que l'enfant vienne réellement ou non le jour annoncé. Cf. Règlement	Inscription selon un planning mensuel variable. La place est garantie jusqu'au 20 du mois pour le mois suivant. Le parent paie uniquement ce qui a été convenu, que l'enfant vienne réellement ou non le jour annoncé. Cf. Règlement
Jours	Horaire d'arrivée	Horaire de départ																		
Lundi																				
Mardi																				
Mercredi																				
Judi																				
Vendredi																				

Structure-s désirée-s Croc'Soleil (Chermignon) Fleurs des Champs (Crans-Montana) Croc'Noisette (Crans-Montana)
 Croc'Montagne (Crans-Montana)

7. Remarques particulières: allergies alimentaires, situation familiale, suivi thérapeutique, autre

Signature du/des parent-s faisant la demande de prise en charge

--

Lieu, date

--

À remplir par le/la Responsable de structure

8. Fréquentation Date réception dossier complet [] Date entrée effective []

<input type="checkbox"/> Jours et horaires FIXES	<input type="checkbox"/> Jours et horaires NON-FIXES	<input type="checkbox"/> Jours et horaires IRREGULIERS																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jours</th> <th>Horaire d'arrivée</th> <th>Horaire de départ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Lundi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mardi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mercredi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Judi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vendredi</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Jours	Horaire d'arrivée	Horaire de départ	Lundi			Mardi			Mercredi			Judi			Vendredi				
Jours	Horaire d'arrivée	Horaire de départ																		
Lundi																				
Mardi																				
Mercredi																				
Judi																				
Vendredi																				

Structure fréquentée CSO FDC CMO CNO

Nom du groupe _____

Secteur et prestations validés sur SAI Fait

Confirmation par mail au parent Faite

Date et signature du Responsable de structure

--

Remarque

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>à demander en cas de besoin au Service des Contributions 027 606 25 09</p> <p>PV cantonal de taxation <input type="checkbox"/> parent 1 année en cours - 2 ans <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>si impôts à la source (permis B, ...) à demander auprès de votre employeur*</p> <p>Certificat de salaire annuel <input type="checkbox"/> parent 1 année en cours - 1 ans <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>* si plusieurs employeurs 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	<input type="checkbox"/> 1x/mois	<input type="checkbox"/> 2x/mois	<input type="checkbox"/> 3x/mois	<input type="checkbox"/> tous
DIMANCHE	<input type="checkbox"/> 1x/mois	<input type="checkbox"/> 2x/mois	<input type="checkbox"/> 3x/mois	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1x/mois	<input type="checkbox"/> 2x/mois	<input type="checkbox"/> 3x/mois	<input type="checkbox"/> tous
DIMANCHE	<input type="checkbox"/> 1x/mois	<input type="checkbox"/> 2x/mois	<input type="checkbox"/> 3x/mois	<input type="checkbox"/> 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
