

## CANTINE: 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:	<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:

**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:	N° tél. professionnel:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>			

**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:	N° tél. professionnel:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>			

### 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:

Date de reprise du travail Père

Date de reprise du travail Mère

#### 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

Nom/Prénom du professeur

Si jours fixes:

Lundi:  Midi  
Mardi:   
Jeudi:   
Vendredi:

Si jours non-fixes:

4 jours/mois  Midi  
8 jours/mois   
12 jours/mois   
16 jours/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 secrétariat**

#### 8. Fréquentation

Date réception dossier complet

Date entrée effective

Si jours fixes:

Lundi:  Midi  
Mardi:   
Jeudi:   
Vendredi:

Si jours non-fixes:

4 jours/mois  Midi  
8 jours/mois   
12 jours/mois   
16 jours/mois

Signature du/de la secrétaire

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>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</p> <p>année en cours - <b>2 ans</b> <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><b>si impôts à la source (permis B, ...)</b> à demander auprès de votre employeur*</p> <p>Certificat de salaire annuel</p> <p>année en cours - <b>1 ans</b> <input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><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 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

---