



UAPE LA CHOCOLATINE

Route de Proz 6 / 1873 Val-d'Illiez
024/476.87.66 / chocolatine@illiez.ch



Bulletin d'inscription 2023/2024

Entrée souhaitée le _____ Inscription reçue le _____

Nom	_____	N° en cas d'urgence	_____
Prénom	_____	Lieu ou pays d'origine	_____
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue maternelle	_____
Adresse	_____ _____ _____	Langues parlées (maison)	_____ _____
Né(e) le	_____ _____	Motif de placement	_____ _____

Père		Mère	
Nom	_____	Nom	_____
Prénom	_____	Prénom	_____
Situation maritale	_____	Situation maritale	_____
Pays d'origine	_____	Pays d'origine	_____
Tél. portable	_____	Tél. portable	_____
Adresse email	_____	Adresse email	_____
Profession	_____	Profession	_____
Employeur	Nom _____ Lieu _____ Tél. prof. _____	Employeur	Nom _____ Lieu _____ Tél. prof. _____
Jours travaillés	<input type="checkbox"/> lu <input type="checkbox"/> ma <input type="checkbox"/> me <input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> ve	Jours travaillés	<input type="checkbox"/> lu <input type="checkbox"/> ma <input type="checkbox"/> me <input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> ve
L'enfant vit avec	<input type="checkbox"/> ses parents <input type="checkbox"/> son père	<input type="checkbox"/> sa mère <input type="checkbox"/> autre (à préciser) _____	
Etes-vous titulaire(s) d'un permis de séjour ?		<input type="checkbox"/> oui (préciser le type) _____	<input type="checkbox"/> non _____

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nom(s) et prénom(s)	_____ _____	Né(s) le	_____ _____

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant? (autres que les parents)			
Nom(s) et prénom(s) + lien(s) avec l'enfant et N° téléphone	_____ _____		
Ass. maladie-accident	_____	Ass. responsabilité civile	_____
N° AVS de votre enfant	_____		

Votre enfant a-t-il des particularités ou des besoins spécifiques?		_____
Votre enfant a-t-il des intolérances, un régime alimentaire spécial ou des allergies?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquelles?		_____
Votre enfant est-il vacciné?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom et téléphone du pédiatre de votre enfant		_____ _____

Autorisez-vous votre enfant à se rendre à la piscine avec l'équipe éducative?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autorisez-vous votre enfant à prendre les transports publics (train, bus...) avec l'équipe éducative?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

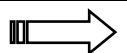


Tableau de fréquentation

Remplir d'une croix les présences de l'enfant durant la semaine et les tranches horaires concernées.

Le déjeuner est proposé entre 7h et 7h45 et facturé en sus.

1H	Déjeuner	1 période (matin)	Période de midi + apm (2/3 journée)	1 période (midi) jusqu'à 14h	1/2 journée (apm)	Enseignant
Lundi						
Mardi						
Mercredi	FERME					
Jeudi						
Vendredi						

Remarques: _____

2H à 8H	Déjeuner	1 période (matin)	1 période (midi avec repas)	1 période (soir avec goûter)	Enseignant + degré
Lundi					
Mardi					
Mercredi			FERME		
Jeudi					
Vendredi					

Remarques: _____



Compléter et joindre à ce bulletin d'inscription le formulaire d'attestation de l'employeur pour chaque parent (disponible auprès de la structure d'accueil ou sur www.illiez.ch)

Avant l'inscription définitive, un premier entretien sera organisé afin d'échanger des informations concernant l'enfant et remettre aux parents différents documents administratifs.

Si la fréquentation de votre enfant est irrégulière en fonction de vos horaires, inscrire SH (selon horaires) et nous transmettre, à l'aide du bulletin correspondant, les jours de fréquentation **au plus tard le 25 de chaque mois pour le mois suivant.**

Par votre signature, vous acceptez de nous donner toutes les informations qui nous permettront de calculer le tarif horaire de votre enfant.

Vous acceptez également de vous conformer au règlement de la dite institution.

Lieu et date: _____

Signature: _____