



CRECHE LA CHOCOLATINE

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



Bulletin d'inscription 2024/2025

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?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lesquelles?	_____
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 tél. 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, etc.) 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.

	Déjeuner	1/2 journée matin	2/3 journée (arrivée entre 11h-11h30)	2/3 journée (départ entre 13h-14h)	1/2 journée apm + goûter (dès 13h)	Journée complète
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
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, via le 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: _____