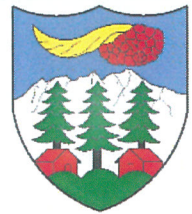




CRECHE LA CHOCOLATINE

Route de Proz 6 / 1873 Val-d'Illiez
024/476.87.67 / chocolatine@illiez.ch



Bulletin d'inscription 2019/2020

Entrée souhaitée le _____

Inscription reçue le _____

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

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 _____
Quelles sont les personnes habilitées à venir chercher votre enfant? (autres que les parents)	
Nom(s) et prénom(s) _____	N° de téléphone _____
Ass. maladie-accident _____	Ass. responsabilité civile _____
Votre enfant a-t-il des particularités ou des besoins spécifiques?	_____
Votre enfant a-t-il des intolérances ou des allergies?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant est-il vacciné?	Si oui, lesquelles? _____
Nom et téléphone du pédiatre de votre enfant _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Autorisez-vous votre enfant à se rendre à la piscine avec les éducatrices?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	---



Tableau de présence à la crèche

Remplir d'une croix les présences de l'enfant durant la semaine et les tranches horaires concernées.
Le tarif horaire est fixé selon le revenu déterminant (voir document joint).

	1/2 journée matin	Déjeuner	2/3 journée (dès 11h30)	2/3 journée (jusqu'à 14h)	1/2 journée apm + goûter	Journée complète
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						

Remarques:

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

Si la fréquentation de votre enfant est irrégulière en fonction de vos horaires, inscrire SH (selon horaires) et nous transmettre par écrit ou par mail les jours de fréquentation **le plus tôt possible**.

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: _____