

## UAPE 3-8H: 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"/>

### 2. Informations concernant les représentants légaux

Situation familiale:  mariés  divorcés  séparés  union libre  célibataires  veuf(ve)  famille d'accueil  
depuis le:

<input type="checkbox"/> <b>PARENT 1 /REPRESENTANT LEGAL</b> (à qui adresser la facture)	<input type="checkbox"/> <b>PARENT 2 /REPRESENTANTE LEGALE</b> (à qui adresser la facture)		
Nom:	<input type="text"/>	Nom:	<input type="text"/>
Prénom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Nationalité :	<input type="text"/> Permis: <input type="checkbox"/>	Nationalité :	<input type="text"/> Permis: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Autorité parentale		
Profession exercée:	<input type="text"/>	Profession exercée:	<input type="text"/>
Employeur: (nom + localité)	<input type="text"/>	Employeur: (nom + localité)	<input type="text"/>
N° de natel:	<input type="text"/> N° tél. professionnel: <input type="text"/>	N° de natel:	<input type="text"/> N° tél. professionnel: <input type="text"/>
Adresse (si différente de celle de l'enfant)	<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"/>	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:	<input type="text"/>	N° de téléphone:	<input type="text"/>	Lien avec l'enfant:	<input type="text"/>
2. Nom/Prénom:	<input type="text"/>	N° de téléphone:	<input type="text"/>	Lien avec l'enfant:	<input type="text"/>
3. Nom/Prénom:	<input type="text"/>	N° de téléphone:	<input type="text"/>	Lien avec l'enfant:	<input type="text"/>
4. Nom/Prénom:	<input type="text"/>	N° de téléphone:	<input type="text"/>	Lien avec l'enfant:	<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

Jours fixes:

	Heure d'arrivée	<i>matin</i>	<i>am</i>	<i>midi</i>	<i>pm</i>	<i>Soir</i>	Heure départ	<i>D</i>	<i>G</i>
<input type="checkbox"/> Lundi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Mardi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Mercredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Jeudi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Vendredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

#### 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/la responsable pédagogique de la structure**

#### 8. Fréquentation

Date réception dossier complet

Date entrée effective

Jours fixes:

	Heure d'arrivée	<i>matin</i>	<i>am</i>	<i>midi</i>	<i>pm</i>	<i>Soir</i>	Heure départ	<i>D</i>	<i>G</i>
<input type="checkbox"/> Lundi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Mardi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Mercredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Jeudi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Vendredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Signature du RP

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 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 année en cours - <b>1 ans</b> <input type="checkbox"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>* si plusieurs employeurs nous fournir tous les certificats de salaires annuels</p>

### ATTESTATION DE TRAVAIL (à remplir par l'employeur)

Nom/Prénom de l'employé/e : \_\_\_\_\_

Adresse complète de l'employé/e : \_\_\_\_\_

Type de contrat de travail :  CDI  CDD en qualité de : \_\_\_\_\_

au sein de la société : \_\_\_\_\_ (nom figurant au registre du commerce)

Date d'engagement : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Date de fin de contrat : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Taux d'activité : \_\_\_\_\_ % répartis selon les jours et horaires suivants :

**Si les jours de travail sont 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 :**  1x/mois  2x/mois  3x/mois  tous

**DIMANCHE :**  1x/mois  2x/mois  3x/mois  tous

**Si les jours de travail sont non-fixes :**

**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 :**  1x/mois  2x/mois  3x/mois  tous

**DIMANCHE :**  1x/mois  2x/mois  3x/mois  tous

Par notre signature, nous certifions que les renseignements fournis sont conformes à la réalité.

Date : \_\_\_\_\_

Signature et Timbre officiel de la Société  
Nom/Prénom de la personne de contact

\_\_\_\_\_