

UAPE 1-2H: 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"/> PARENT 1 /REPRESENTANT LEGAL (à qui adresser la facture)	<input type="checkbox"/> PARENT 2 /REPRESENTANTE LEGALE (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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mardi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mercredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jeudi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vendredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mardi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mercredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jeudi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vendredi:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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>si nationalité Suisse</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>si nationalité étrangère</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>si indépendant</p> <p>Attestation Caisse AVS</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>si rente AI</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 - 2 ans <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>si impôts à la source (permis B, ...) à demander auprès de votre employeur*</p> <p>Certificat de salaire annuel année en cours - 1 ans <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
