* FORMULAIRE D’INSCRIPTION D’UN ENFANT EN LISTE D’ATTENTE

Date d’entrée souhaitée :…………………………………………………………...

* **FORMULAIRE DE CONFIRMATION D’INSCRIPTION D’UN ENFANT**

**Enfant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |
| Né(e) le |  |  | Masculin [ ] Féminin [ ]  |

L'enfant habite : [ ]  chez ses parents [ ]  chez la mère [ ]  chez le père

Famille monoparentale : [ ]  vit seul(e) [ ]  vit en ménage

**Parents**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parent 1 |  | Parent 2 |
| Nom |  | Nom |  |
| Prénom |  | Prénom |  |
| Adresse |  |
| NPA + Localité |  |
| Tél. privé |  | Tél. privé |  |
| Tél. portable |  | Tél. portable |  |
| E-mail privé |  | E-mail privé |  |
| Employeur |  | Employeur |  |
| Tél. professionnel |  | Tél. professionnel |  |
| Taux d’activité |  | Taux d’activité |  |

Suivi par : 🞎 CSR 🞎 EVAM 🞎 SPJ 🞎 PC Famille 🞎 CSIR 🞎 autre : ………………

Merci de joindre une attestation et d’indiquer la personne de contact :

Nom – Prénom : ……………………………………………….

Numéro de téléphone : ……………………………………….

E-mail :………………………………………………………….

**Accueil**

**Groupe :** 🞎 Nurserie 🞎 Les Explorateurs 🞎 Les Décideurs 🞎 Les Magiciens

Premier jour d’adaptation : ………………………..………… Dernier jour d’adaptation : ………………………..……………

**Premier jour de fréquentation fixe :** ……………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Abonnement** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| Matin avec repas 06h45 – 13h00 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Après-midi sans repas 13h30 – 18h30 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Journée complète 06h45 – 18h30 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

***Estimation de l’heure d’arrivée de l’enfant dans la structure :*** ………………………..……………………………………….

**Personnes autres que les parents autorisés à reprendre l'enfant**

Nom, Prénom : ………………………………………………………… Tél. : ………….………………………………………..

Adresse : ………………………………………………….……… Lien avec l’enfant : …………………………………...

[ ]  Peut être contacté en cas d’urgence

Nom, Prénom : ………………………………………………………… Tél. : ………….………………………………………..

Adresse : ………………………………………………….……… Lien avec l’enfant : …………………………………...

[ ]  Peut être contacté en cas d’urgence

**Assurances et santé**

Médecin de l’enfant : ………………………….…………………………. Lieu et tél. : ………………….……………………….

**Nous attestons que notre enfant est assuré auprès des assurances suivantes :**

Assurance maladie et accident : ………………………………. Assurance responsabilité civile : ………………………….....

Votre enfant souffre d’un handicap : [ ]  oui [ ]  non Si oui, lequel ?…………………………………………………...

Votre enfant prend des médicaments : [ ]  oui [ ]  non Si oui, lesquels ?………………………………………………...

Pouvons-nous lui donner : En cas de fièvre dès………°C [ ]  Dafalgan ou générique

 En cas de chute [ ]  Arnica

Votre enfant a des problèmes alimentaires/intolérances/allergies : [ ]  oui (présenter un certificat médical) [ ]  non

Si oui, lesquel(le)s ? ……………………………………………………………………………………………………………………

**Remarques/ Particularités**

………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..

………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Lieu et date : ………………………………………………

***Par leur signature, les parents acceptent le règlement du Réseau « Enfants Chablais » et autorisent l’échange d’informations les concernant (nom, prénom et adresse des enfants, rythme de fréquentation) avec les communes membres du réseau.***

Signature de la direction : Signature du (des) représentant(s) légal (-aux) de l’enfant

……………………………………………………………… ………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………

**Document à remettre à la garderie :**

→ Formulaire d'inscription

**Documents à remettre au Réseau « Enfants Chablais » - Av. de la Gare 24 – 1880 Bex ou via le portail :**

→ Formulaire de renseignements financiers ainsi que les justificatifs demandés & l’attestation du taux d’activité