

# Inscription en UAPE

## □ **FORMULAIRE D'INSCRIPTION D'UN ENFANT EN LISTE D'ATTENTE**

Date d'entrée souhaitée : .....

### Enfant :

|          |                      |                                   |                                  |
|----------|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Nom      | <input type="text"/> | Prénom                            | <input type="text"/>             |
| Né(e) le | <input type="text"/> | Masculin <input type="checkbox"/> | Féminin <input type="checkbox"/> |

L'enfant habite :  chez ses parents  chez la mère  chez le père  
 Famille monoparentale :  vit seul(e)  vit en ménage

### Parents :

|                    | Père / Conjoint      | Mère / Conjointe     |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| Nom                | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prénom             | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adresse            | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NPA + Localité     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tél. privé         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tél. portable      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Email privé        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Employeur          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tél. professionnel | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Taux d'activité    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Suivi par :  CSR  EVAM  SPJ  PC Famille  autre : ..... Nom du référent : .....

Collège : .....

Nom de l'enseignant + Tél + classe : .....

Premier jour de fréquentation fixe : .....

| Horaires confirmés (UAPE) |               |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Abonnement                | Horaires      | Lundi                    | Mardi                    | Mercredi                 | Jeudi                    | Vendredi                 |
| Matin                     | 06h45 – 08h15 | <input type="checkbox"/> |
| Matin complet             | 08h15 – 11h45 |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| Midi                      | 11h45 – 14h00 | <input type="checkbox"/> |
| Après-midi                | 14h00 – 18h30 | <input type="checkbox"/> |
| Fin après-midi            | 15h30 – 18h30 | <input type="checkbox"/> |



**Personnes autres que les parents autorisées 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

Nom, Prénom : ..... Tél. : .....

Adresse : ..... Lien avec l'enfant : .....

Peut être contacté en cas d'urgence

J'autorise mon enfant à se rendre/revenir seul à/de son cours de ..... dès le .....

Votre enfant vient seul à l'UAPE  oui  non

Votre enfant est autorisé à rentrer seul à son domicile  oui  non

**Si oui, nous déclinons toute responsabilité concernant le trajet de l'UAPE au domicile**

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, lequel(le)s ? .....

**Remarques/ Particularités :**

.....  
 .....  
 .....

Lieu et date : .....

Signature de la direction pop e poppa aigle

Signature du (des) représentant(s) légal(-aux) de l'enfant

.....

**Confirmation de placement**

.....

**Document à remettre à l'UAPE :**

→ Formulaire d'inscription + 2 photos passeports

**Documents à remettre à amalthée sàrl - Av. de la Gare 24 – 1880 Bex :**

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