



FORMULAIRE D'INSCRIPTION « LES MATELOTS »

Date d'entrée souhaitée :

Classe : Enseignant(e) :

Enfant

Nom Prénom
Né(e) le Masculin Féminin

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

Parents

	Parent 1		Parent 2
Nom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
NPA + Localité	<input type="text"/>		
Tél. privé	<input type="text"/>	Tél. privé	<input type="text"/>
Tél. portable	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>
E-mail privé	<input type="text"/>	E-mail privé	<input type="text"/>
Employeur	<input type="text"/>	Employeur	<input type="text"/>
Tél. professionnel	<input type="text"/>	Tél. professionnel	<input type="text"/>
Taux d'activité	<input type="text"/>	Taux d'activité	<input type="text"/>

Tél. en cas d'urgence :

Premier jour de fréquentation (Contrat) :

	Bloc 1 07h00 - 09h00	Bloc 2 09h00 - 11h00	Bloc 3 11h00 - 14h00	Bloc 4 14h00 - 16h00	Bloc 5 16h00 - 18h30
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					

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. :

Nom, Prénom : Tél. :

Assurances et santé

Médecin de l'enfant : Lieu et tél. :

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, lesquels(le)s ?

Est que votre enfant a déjà eu :

varicelle
 scarlatine

oreillons
 rougeole

rubéole

Votre enfant est-il sujet à :

épilepsie
 spasme du sanglot
 énurésie

otites
 faux-croup
 asthme

allergies
 eczéma

Remarques/ Particularités

.....
.....

Règlement et tarifs

En inscrivant leur (s) enfant(s), les familles déclarent avoir pris connaissance du règlement et des tarifs du service de la petite enfance de Port-Valais et acceptent les conditions.

Lieu et date :

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

.....

Autorisation

Pour un usage interne dans les structures (affichage et analyse des pratiques) des photos et des vidéos sont réalisées.

Les parents autorisent les équipes à faire des photos ou des vidéos pour :

- une distribution ciblée aux parents des enfants du même groupe oui non
- une publication sur le site de la commune oui non
- une publication sur le site de la presse etc... oui non

Les parents autorisent l'utilisation des transports en commun pour des activités extérieures oui non

Lieu et date :

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

.....

Document à joindre :

- Copie du carnet de vaccination

Lieu : Date : Signature :