

UNITE D'ACCUEIL POUR ECOLIERS



Inscription

(Veuillez remplir une feuille pour chaque enfant)

Nom & Prénom de l'enfant : _____

Coordonnées de l'enfant :

Adresse: _____ _____ _____ _____	Sexe: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Né(e) le : _____ Lieu ou pays d'origine : _____ Langue maternelle : _____ Langues parlées à la maison : _____ _____
Tél. Privé: _____	
N° en cas d'urgence : _____	Nbre frères/sœurs : _____

Coordonnées des parents :	Père	Mère
Nom et Prénom :	_____	_____
Pays d'origine :	_____	_____
Profession :	_____	_____
Employeur :	_____	_____
Tél. prof. :	_____	_____
Natel ou tél. privé :	_____	_____

L'enfant vit avec : Ses parents Son père
 Sa mère Autre : nom _____

Médecin de l'enfant : Nom, prénom, lieu et tél. : _____

Assurance maladie/accident : _____

Assurance (RC) responsabilité civile : _____

Est-ce que votre enfant a déjà eu :

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> varicelle | <input type="radio"/> oreillons | <input type="radio"/> rubéole |
| <input type="radio"/> scarlatine | <input type="radio"/> rougeole | |

Votre enfant est-il sujet à :

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> épilepsie | <input type="radio"/> otites | <input type="radio"/> allergies |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

- | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> spasme du sanglot | <input type="radio"/> faux-croup | <input type="radio"/> eczéma |
| <input type="radio"/> énurésie | <input type="radio"/> asthme | |

Eventuel régime/maladie/allergie : _____

Horaires de fréquentation souhaités

L'UAPE est ouverte à partir de 7H00. Et selon le planning scolaire.

Indiquez dans le tableau ci-dessous l'horaire désiré et mentionnez également si OUI ou NON l'enfant prend le repas de midi à l'UAPE. Spécifiez les heures d'arrivée et de départ approximatives.

	Bloc matin 07H00-09H00	Bloc midi 11H00-14H00	Bloc après-midi 16H00-18H00	Repas	
				Oui	Non
Lundi				Oui	Non
Mardi				Oui	Non
Jeudi				Oui	Non
Vendredi				Oui	Non

Merci de joindre à ce bulletin une copie du carnet de vaccination de votre enfant.
J'atteste avoir pris connaissance du règlement.

Lieu : Date : Signature :

Unité d'Accueil de Port-Valais

Tarifs

A envoyer en toute confidentialité à :

Administration communale de Port-Valais
Service Comptabilité
1897 Le Bouveret

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom du père

Nom et prénom de la mère

Adresse complète

REVENU IMPOSABLE / Chiffre 26 de la déclaration d'impôt

Mettre une croix dans la case correspondante.

Les classes sont basées sur le revenu imposable net correspondant au chiffre 26 de la déclaration d'impôt. En cas de refus des parents de mentionner leur revenu, c'est le tarif classe 7 qui est appliqué.

Classe et Revenu	Bloc <u>matin</u>		Bloc mercredi		Bloc mercredi		Bloc jeudi	
	+ me. 7h-9h	Bloc midi	Bloc soir	09h00-12h00	11h00-12h00	09h00-11h00		
1. 0 à 20'000	4.--	4.--	4.--	6.--	4.--	4.--	<input type="radio"/>	
2. 20'001 à 30'000	5.--	5.--	5.--	7.50	5.--	5.--	<input type="radio"/>	
3. 30'001 à 40'000	6.--	6.--	6.--	9.--	6.--	6.--	<input type="radio"/>	
4. 40'001 à 50'000	8.--	8.--	8.--	12.--	8.--	8.--	<input type="radio"/>	
5. 50'001 à 60'000	10.--	10.--	10.--	15.--	10.--	10.--	<input type="radio"/>	
6. 60'001 à 70'000	12.--	12.--	12.--	18.--	12.--	12.--	<input type="radio"/>	
7. 70'001 à 80'000	14.--	14.--	14.--	21.--	14.--	14.--	<input type="radio"/>	
8. + de 80'001	16.--	16.--	16.--	24.--	16.--	16.--	<input type="radio"/>	

Visa du service des contributions de Port-Valais :

Lieu et date :

Signature :

J'atteste avoir reçu le règlement et en avoir pris connaissance.

Signature des parents ou du représentant légal :

Lieu et date :

Signature :