

Mai 2017

DEMANDE D'INSCRIPTION

Date d'entrée désirée :

Enfant

Adresse

Nom	Adresse
Prénom	No postal
Né(e) le	Localité
Sexe <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Garçon	Ecole fréquentée
Origine	Cycle scolaire
Téléphone	Nom enseignant(e).....
E-Mail :	

L'enfant vit avec ses parents son père seul
 sa mère seule autre :

Père

Mère

Nom	Nom
Prénom	Prénom
Profession	Profession
Employeur	Employeur
Tél. portable	Tél. portable
Tél. prof.	Tél. prof.
Jour de travail	Jour de travail
Horaire	Horaire

Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant :

Nom, Prénom : Tél. :

Lien avec l'enfant. :

Nom, Prénom : Tél. :

Lien avec l'enfant. :

Personnes atteignables en cas d'urgence (par ordre de priorité) :

Nom, Prénom : Tél. :

Nom, Prénom : Tél. :

Nom, Prénom : Tél. :

Nom, Prénom : Tél. :

Nom, Prénom : Tél. :

Lorsque votre enfant est absent, nous vous demandons d'avertir le personnel de l'UAPE. Sans nouvel avis de votre part, l'EDE se réserve le droit d'appeler les personnes ci-dessus. Si personne n'est joignable, la police sera contactée.

Trajets

Votre enfant fait-il les trajets seuls ? Oui Non

Votre enfant utilise-t-il les bus scolaires ? Oui Non

Si oui lequel ? Bus 1 Bus 2 Bus TPC ligne Morgins

Bus TPC ligne Vers-Ensier Train AOMC

Motif du placement : raison professionnelle Autres

L'UAPE est ouverte :

- le lundi, mardi et vendredi de 07h00 à 8h15 / 10h45 à 13h40 / 16h10 à 18h30
- le mercredi de 7h00 à 18h30
- le jeudi de 7h00 à 13h40 / 16h10 à 18h30

Merci d'indiquer dans le tableau ci-dessous l'horaire désiré :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Période du matin avant l'école					
Période de midi					
Période du soir					
2/3 de journée (7h-13h40 ou 11h-18h30)					
Journée entière (mercredi)					

Médecin de l'enfant + no téléphone :

Quelles maladies infantiles votre enfant a-t-il déjà eues (varicelle, scarlatine, rougeole, oreillons, rubéole) ?

.....

Votre enfant est-il sujet à l'une de ces maladies ?

Epilepsie, spasme du sanglot, otites, faux croup, asthme, eczéma :

Si oui, la/lesquelle(s) :

Est-il astreint à un régime alimentaire particulier ?

oui non

Si oui, lesquels

Si oui, les repas (déjeuner, dîner, goûter) sont à fournir par les parents.

Votre enfant est-il intolérant ou allergique à certains médicaments ?

oui non

Si oui, lesquels

Peut-on lui prescrire des granules d'Arnica en cas de chute ?

oui non

Peut-on lui prescrire des gouttes de Becetamol en cas de forte fièvre ?

oui non

Remarques :

.....

.....

Lieu et date : Signatures :

.....