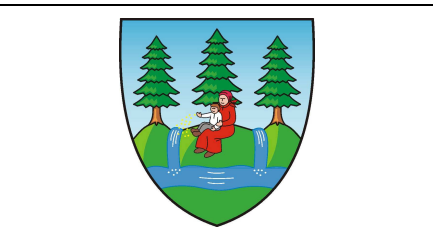


**Crèche - Nurserie  
Le Parachute**  
Place du Collège 2  
1872 TROISTORRENTS  
Tél. + Fax 024 477 60 64  
leparachute@troistorrents.ch



Juin 2015

## DEMANDE D'INSCRIPTION (SECTEUR CRECHE-NURSERIE)

**Date d'entrée désirée : .....**

**Enfant**

**Adresse**

Nom .....	Adresse .....
Prénom .....	No postal .....
Né(e) le .....	Localité .....
Sexe <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Garçon	Téléphone .....
Origine .....	E-mail .....

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

Frères/sœurs éventuels + dates de naissance : .....

**Père**

**Mère**

Nom .....	Nom .....
Prénom .....	Prénom .....
Tél. portable .....	Tél. portable .....
Profession .....	Profession .....
Employeur .....	Employeur .....
Tél. prof. ....	Tél. prof. ....
Horaire .....	Horaire .....

**Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant :**

Nom, Prénom : ..... Tél. : .....

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

Nom, Prénom : ..... Tél. : .....

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

**Motif du placement :**      raison professionnelle      pour la socialisation

La crèche-nurserie est ouverte de 07h00 à 18h30 du lundi au vendredi. Merci d'indiquer d'une croix, dans le tableau ci-dessous, l'horaire désiré :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<b>Journée entière</b> 7h-18h30					
<b>Demi-journée</b> 7h-12h ou 13h15-18h30					
<b>2/3 de journée</b> 7h-13h15 ou 11h-18h30					
<b>Pour les 1H : matin avant l'école</b> (7h-8h15)					

Caisse maladie de l'enfant : .....  
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

**Votre enfant a-t-il des problèmes alimentaires (intolérances ou allergies) ?**

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

**Peut-on mettre une crème en cas d'érythème fessier ?**

oui       non

**Peut-on lui prescrire du gel de dentition aux plantes ?**

oui       non

**J'accepte que mon enfant fasse des promenades avec le personnel éducatif ?**

oui       non

**Remarques :**

.....  
.....

Lieu et date : ..... Signatures : .....