

## 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 de l'enseignant.....
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.

**Motif du placement :**       raison professionnelle       Autres

**L'UAPE est ouverte :**

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

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

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>Période du matin</b>					
<b>Période de midi</b>					
<b>Période du soir</b>					
<b>1/2 de journée</b> (7h-11h30 ou 13h30-18h30)					
<b>2/3 de journée</b> (7h-13h40 ou 11h-18h30)					
<b>Journée entière</b> (7h-18h30)					

**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 certaines 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 : .....

.....