

**DEMANDE D'INSCRIPTION**

Date entrée désirée : .....

Motif de placement :             Raison professionnelle             Autres

**ENFANT**

Nom .....	Adresse .....
Prénom .....	NPA .....
Date de naissance .....	Localité .....
Sexe <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin	Téléphone .....
	Mail .....
Vit avec <input type="radio"/> ses parents <input type="radio"/> sa mère <input type="radio"/> son père <input type="radio"/> autre (à préciser) : .....	
Fratrie .....	

**PARENTS**

PARENT 1	PARENT 2
Nom .....	Nom .....
Prénom .....	Prénom .....
Adresse .....	Adresse .....
NPA .....	NPA .....
Localité .....	Localité .....
Téléphone .....	Téléphone .....
Mail .....	Mail .....

**FREQUENTATION SOUHAITEE**

L'UAPE est ouverte

- lundi, mardi, vendredi :            7h-8h15 / 11h30-18h30
- mercredi, jeudi            :            7h-18h30

Dans le tableau ci-dessous, veuillez indiquer par une croix l'horaire désiré :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Période Matin 7h-8h10					
Période Midi 11h30-13h30					
Période Soir 16h-18h30					
1/2 Journée 7h-11h30					
1/2 journée 13h30-18h30					
2/3 Journée 7h-13h40					
2/3 Journée 11h-18h30					
Journée 7h-18h30					

Remarques : .....

Date : ..... Signature : .....

## ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

LE PARENT

L'EMPLOYEUR

Nom :	Entreprise :
Prénom :	
Adresse :	Adresse :
Tél. :	Tél. :

Profession : .....

Taux d'activité (en %) : .....

Jours de travail (cocher les cases correspondantes) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					
Journée					

**Par sa signature, le parent s'engage à communiquer à la structure tout changement lié à son activité professionnelle.**

Le parent :

L'employeur :

Lieu, date : .....

Lieu, date : .....

Signature : .....

Timbre et signature : .....

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 : .....

.....