


Enfant		Adresse	
Nom		Rue	
Prénom		CP – Ville	
Né-e le		 privé	
		Mobile père	
		Mobile mère	

A la date de l'accueil, l'enfant sera scolarisé  
en classe (degré Harmos) :



L'enfant vit avec :

ses parents

sa mère  
seule

son père  
seul

autre :

Père		Mère	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Profession		Profession	
Employeur		Employeur	
Horaire		Horaire	
 prof.		 prof.	
email		email	

## CHOIX DES HORAIRES

Régulier  
Irrégulier

 **Nouveaux tarifs!**




Si l'enfant a classe	0700-0755	0755-0845	MIDI	1600-1715	1715-1830
	6 francs	6 francs	18 francs	8 francs	8 francs
LUNDI					
MARDI					
MERCREDI					
JEUDI					
VENDREDI					

Seulement si l'enfant n'a pas classe	Demi-journée <u>avec</u> repas		Demi-journée <u>sans</u> repas		Journée 45 francs
	Matin 0700-1320	Après-midi 1125-1830	Matin 0700-1125	Après-midi 1320-1830	
	30 francs	30 francs	20 francs	20 francs	
LUNDI					
MARDI					
MERCREDI					
JEUDI					
VENDREDI					




### Informations complémentaires

Pédiatre de l'enfant

Personnes à appeler en cas d'urgence (par ordre de priorité)

1	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Personnes autorisées à venir votre enfant

1	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		<input type="text"/>



Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?

oui non

Prénom


Age


Prénom

Age

Prénom

Age

Prénom

Age

Vivent-ils sous le même toit ?

oui non

Remarques éventuelles

--

Date du début de la fréquentation :

**Ce formulaire d'inscription dûment complété est à retourner à :  
Direction des écoles, UAPE, Case postale 12, 1912 Leytron  
ou à [uape@leytron.ch](mailto:uape@leytron.ch) pour le 18 mai au plus tard**

Le-la responsable de l'UAPE de Leytron se réserve le droit de vous contacter pour d'éventuels compléments d'informations ou pour un entretien individuel.

Lors de la première inscription, joindre une photo passeport de l'enfant avec le présent formulaire.

Lieu et date :

En signant le présent document, le représentant légal atteste avoir pris connaissance des directives de l'UAPE.

Signature