




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.	
E-mail		E-mail	

CHOIX DES HORAIRES

Régulier

Irrégulier (attestation de l'employeur exigée)




Si l'enfant a classe	07h00 - 07h55	07h55 - 08h45	MIDI	16h00 - 17h15	17h15 - 18h30
	6 francs	6 francs	18 francs	8 francs	6 francs
LUNDI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MERCREDI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seulement si l'enfant n'a pas classe	Demi-journée <u>avec</u> repas		Demi-journée <u>sans</u> repas		Journée
	Matin 07h00 - 13h20	Après-midi 11h25 - 18h30	Matin 07h00 - 11h25	Après-midi 13h20 - 18h30	45 francs
	30 francs	30 francs	20 francs	20 francs	
LUNDI		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
MARDI		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
MERCREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VENDREDI		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	




Informations complémentaires

Pédiatre de l'enfant

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

1			
2			
3			

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

1			
2			
3			

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

oui non

Si oui, précisez :

Votre enfant est-il sujet à des allergies ?

oui non

Si oui, précisez :

Votre enfant est-il sujet à :

asthme convulsions
 épilepsie autres

Si autre(s), précisez :

Peut-on administrer un médicament, y compris homéopathique, à votre enfant ?

oui non

Commentaire éventuel :

Votre enfant est-il allergique à certains produits médicamenteux (crèmes, homéopathie...) ?

oui non

Si oui, lesquels :

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

oui non

Prénom

Prénom

Prénom

Prénom

Age

Age

Age

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
pour le 17 mai 2021 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