

CANTINE: FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Le dossier complet doit être remis au secrétariat de Fleurs des Champs pour validation. Aucun dossier ne sera accepté par e-mail ou par courrier postal. Délai de réponse: minimum 45 jours de délai d'attente.

1. Informations concernant l'enfant

Nom:	<input type="text"/>		Prénom:	<input type="text"/>		
Né(e) le:	<input type="text"/>		Nationalité :	<input type="text"/>	Permis:	<input type="checkbox"/>
Commune de domicile:	<input type="text"/>		N° de téléphone de la maison:	<input type="text"/>		
Adresse :	Adresse (suite):	Code postal et Localité:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

2. Informations concernant les représentants légaux

Situation familiale: mariés divorcés séparés union libre célibataires veuf(ve) famille d'accueil
depuis le:

PARENT 1 /REPRESENTANT LEGAL (à qui adresser la facture)

Nom:	<input type="text"/>		
Prénom:	<input type="text"/>		
Nationalité :	<input type="text"/>	Permis:	<input type="checkbox"/>

Autorité parentale

Profession exercée:

Employeur: (nom + localité)

N° de natel: N° tél. professionnel:

Adresse (si différente de celle de l'enfant)

Adresse e-mail : Facture par e-mail: oui non

PARENT 2 /REPRESENTANTE LEGALE (à qui adresser la facture)

Nom:	<input type="text"/>		
Prénom:	<input type="text"/>		
Nationalité :	<input type="text"/>	Permis:	<input type="checkbox"/>

Autorité parentale

Profession exercée:

Employeur: (nom + localité)

N° de natel: N° tél. professionnel:

Adresse (si différente de celle de l'enfant)

Adresse e-mail : Facture par e-mail: oui non

3. Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

1. Nom/Prénom:	N° de téléphone:	Lien avec l'enfant:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Nom/Prénom:	N° de téléphone:	Lien avec l'enfant:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Nom/Prénom:	N° de téléphone:	Lien avec l'enfant:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Nom/Prénom:	N° de téléphone:	Lien avec l'enfant:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Informations diverses

Nom du pédiatre

Nom de la Caisse Maladie:

Date de reprise du travail Père

Date de reprise du travail Mère

5. Fratrie

L'enfant a des (demi-)frères/sœurs

1. Nom/Prénom:

1. Date de naissance

2. Nom/Prénom:

2. Date de naissance:

3. Nom/Prénom:

3. Date de naissance:

6. Fréquentation

Date entrée désirée

Centre scolaire fréquenté

Degré scolaire

Nom/Prénom du professeur

Si jours fixes:

Lundi: Midi
Mardi:
Jeudi:
Vendredi:

Si jours non-fixes:

4 jours/mois Midi
8 jours/mois
12 jours/mois
16 jours/mois

7. Remarques particulières: allergies alimentaires, troubles, suivi thérapeutique, autres, etc...)

Signature du/des parent/s ayant l'autorité parentale:

Lieu et Date:

À remplir par le secrétariat

8. Fréquentation

Date réception dossier complet

Date entrée effective

Si jours fixes:

Lundi: Midi
Mardi:
Jeudi:
Vendredi:

Si jours non-fixes:

4 jours/mois Midi
8 jours/mois
12 jours/mois
16 jours/mois

Signature du/de la secrétaire

Date:

CHECK-LIST PARENTS
DOCUMENTS REQUIS LORS DE L'INSCRIPTION

Documents de base
si nationalité Suisse
Carte d'identité
<input type="checkbox"/> parent 1
<input type="checkbox"/> parent 2
<input type="checkbox"/> enfant
si nationalité étrangère
Permis de séjour
<input type="checkbox"/> parent 1
<input type="checkbox"/> parent 2
<input type="checkbox"/> enfant

Séparation ou divorce
décision judiciaire <input type="checkbox"/>

Employeurs
Attestation de travail
<input type="checkbox"/> parent 1
<input type="checkbox"/> parent 2
si indépendant
Attestation Caisse AVS
<input type="checkbox"/> parent 1
<input type="checkbox"/> parent 2
si rente AI
Décision <input type="checkbox"/> parent 1
<input type="checkbox"/> parent 2

Documents financiers
à demander en cas de besoin au Service des Contributions 027 606 25 09
PV cantonal de taxation <input type="checkbox"/> parent 1
année en cours - 2 ans <input type="checkbox"/> parent 2
si impôts à la source (permis B, ...)
à demander auprès de votre employeur*
Certificat de salaire annuel
année en cours - 1 ans <input type="checkbox"/> parent 1
<input type="checkbox"/> parent 2
* si plusieurs employeurs
nous fournir tous les certificats de salaires annuels



Attestation de travail

EMPLOYEUR

Nom et adresse de l'entreprise

NOM(S) et Prénom(s) de l'employé-e

Fonction au sein de l'entreprise

Type de contrat CDI CDD dès le _____ et jusqu'au (si applicable) _____

Taux d'activité _____% répartis selon le planning suivant :

Jours de travail FIXES

LUNDI de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

MARDI de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

MERCREDI de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

JEUDI de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

VENDREDI de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

SAMEDI 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

DIMANCHE 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

Jours de travail NON-FIXES ou IRREGULIERS

Nombre de jours estimé par semaine : 1 2 3 4 5 6 7

Nombre de jours estimé par mois : _____

1 jour/semaine de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

2 jours/semaine de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

3 jours/semaine de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

4 jours/semaine de _____ h _____ (au plus tôt) à _____ h _____ (au plus tard)

SAMEDI 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

DIMANCHE 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

Remarque

Par notre signature, nous certifions que les renseignements fournis sont conformes à la réalité.

Date _____

Signature et Timbre officiel de l'entreprise
NOM et Prénom de la personne de contact
