

## CRECHE: 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 ou date du terme de la grossesse:	<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:

<input type="checkbox"/> <b>PARENT 1 /REPRESENTANT LEGAL</b> (à qui adresser la facture)	<input type="checkbox"/> <b>PARENT 2 /REPRESENTANTE LEGALE</b> (à qui adresser la facture)
Nom:	Nom:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom:	Prénom:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité :	Nationalité :
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Permis:	Permis:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorité parentale	Autorité parentale
Profession exercée:	Profession exercée:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Employeur: (nom + localité)	Employeur: (nom + localité)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de natel:	N° de natel:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° tél. professionnel:	N° tél. professionnel:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (si différente de celle de l'enfant)	Adresse (si différente de celle de l'enfant)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse e-mail : Facture par e-mail: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Adresse e-mail : Facture par e-mail: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de reprise du travail Père	Date de reprise du travail Mère
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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

dont 10 jours ouvrés d'adaptation

Jours fixes:

<input type="checkbox"/> Lundi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter
<input type="checkbox"/> Mardi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter
<input type="checkbox"/> Mercredi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter
<input type="checkbox"/> Jeudi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter
<input type="checkbox"/> Vendredi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter

Structure désirée:  **Croc'Soleil** (Chermignon) dès 18 mois

**Fleurs des Champs** (Crans-Montana) dès 3 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/la responsable pédagogique de la structure**

## 8. Fréquentation

Date réception dossier complet

Date entrée effective

<input type="checkbox"/> Lundi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter
<input type="checkbox"/> Mardi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter
<input type="checkbox"/> Mercredi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter
<input type="checkbox"/> Jeudi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter
<input type="checkbox"/> Vendredi:	Heure d'arrivée	<input type="text"/>	Heure de départ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Goûter

Structure désirée:  **Croc'Soleil** (Chermignon) dès 18 mois

**Fleurs des Champs** (Crans-Montana) dès 3 mois

Signature du RP

Date:

## CHECK-LIST PARENTS DOCUMENTS REQUIS LORS DE L'INSCRIPTION

Documents de base	Séparation ou divorce	Employeurs	Documents financiers
<p><b>si nationalité Suisse</b></p> <p>Carte d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><input type="checkbox"/> enfant</p> <p><b>si nationalité étrangère</b></p> <p>Permis de séjour</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><input type="checkbox"/> enfant</p>	<p>décision judiciaire <input type="checkbox"/></p>	<p>Attestation de travail</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><b>si indépendant</b></p> <p>Attestation Caisse AVS</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><b>si rente AI</b></p> <p>Décision <input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p>	<p><i>à demander en cas de besoin au Service des Contributions 027 606 25 09</i></p> <p>PV cantonal de taxation <input type="checkbox"/> parent 1 <i>année en cours - 2 ans</i> <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p><b>si impôts à la source (permis B, ...)</b> <i>à demander auprès de votre employeur*</i></p> <p>Certificat de salaire annuel <input type="checkbox"/> parent 1 <i>année en cours - 1 ans</i> <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>* si plusieurs employeurs nous fournir tous les certificats de salaires annuels</p>



## 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

---