

1. Informations concernant l'enfant

Nom(s) <input type="text"/>	Prénom(s) <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 <input type="text"/>	Code postal et Localité <input type="text"/>

2. Informations concernant les représentants légaux

PARENT 1 <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> beau-parent	PARENT 2 <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> beau-parent
Nom(s) <input type="text"/>	Nom(s) <input type="text"/>
Prénom(s) <input type="text"/>	Prénom(s) <input type="text"/>
Nationalité(s) <input type="text"/> Permis <input type="checkbox"/>	Nationalité(s) <input type="text"/> Permis <input type="checkbox"/>
Etat civil : <input type="checkbox"/> marié-e <input type="checkbox"/> divorcé-e <input type="checkbox"/> séparé-e <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf-ve depuis le: <input type="text"/>	Etat civil : <input type="checkbox"/> marié-e <input type="checkbox"/> divorcé-e <input type="checkbox"/> séparé-e <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf-ve depuis le: <input type="text"/>
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Profession exercée <input type="text"/>	Profession exercée <input type="text"/>
Employeur (nom + lieu de travail) <input type="text"/>	Employeur (nom + lieu de travail) <input type="text"/>
Date d'entrée en fonction ou de reprise après l'arrêt de travail <input type="text"/>	Date d'entrée en fonction ou de reprise après l'arrêt de travail <input type="text"/>
N° de portable <input type="text"/> N° tél. professionnel <input type="text"/>	N° de portable <input type="text"/> N° tél. professionnel <input type="text"/>
Adresse (si différente de celle de l'enfant) <input type="text"/>	Adresse (si différente de celle de l'enfant) <input type="text"/>
Adresse e-mail <input type="text"/>	Adresse e-mail <input type="text"/>
Débiteur de l'enfant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ! 1 seule personne	Débiteur de l'enfant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ! 1 seule personne
Envoi de la facturation: <input type="checkbox"/> par e-mail au Débiteur (par défaut)	<input type="checkbox"/> par papier (CHF 2.-/facture)

3. Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom(s) + nom(s) <input type="text"/>	N° de téléphone <input type="text"/>	Lien avec l'enfant <input type="text"/>
Prénom(s) + nom(s) <input type="text"/>	N° de téléphone <input type="text"/>	Lien avec l'enfant <input type="text"/>
Prénom(s) + nom(s) <input type="text"/>	N° de téléphone <input type="text"/>	Lien avec l'enfant <input type="text"/>
Prénom(s) + nom(s) <input type="text"/>	N° de téléphone <input type="text"/>	Lien avec l'enfant <input type="text"/>

4. Informations diverses

Prénom(s) + nom(s) du pédiatre de l'enfant <input type="text"/>	Nom de la caisse maladie de l'enfant <input type="text"/>
--	--

5. Fratrie

Prénom(s) + nom(s)	Date de naissance	Accueilli au sein de la Fondation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours d'inscription
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom(s) + nom(s)	Date de naissance	Accueilli au sein de la Fondation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours d'inscription
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom(s) + nom(s)	Date de naissance	Accueilli au sein de la Fondation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours d'inscription
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

6. Fréquentation

Date d'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

Jours NON-FIXES Jours IRREGULIERS (uniquement si au moins 1 parent exerce un métier d'urgence ou de soins; cf règlement)

Structure souhaitée

Nursérie Croc'Montagne - Crans-Montana (3-18 mois) **Crèche Croc'Noisette** - Crans-Montana (18 mois-4 ans)

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

Signature(s) du/des représentant-s légal-aux

Lieu et date

À remplir par le/la responsable de structure

8. Fréquentation

Date réception dossier complet

Date entrée effective

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

Jours NON-FIXES Jours IRREGULIERS

Structure fréquentée CSO FDC CMO CNO Nom du groupe _____

Signature du Responsable

Date

CHECK-LIST PARENTS DOCUMENTS REQUIS LORS DE L'INSCRIPTION

Documents de base	Séparation ou divorce	Employeur(s)	Documents financiers
<p>si nationalité Suisse</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>si nationalité étrangère</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>si indépendant</p> <p>Attestation Caisse AVS</p> <p><input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>si rente AI</p> <p>Décision <input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><input type="checkbox"/> parent 2</p>	<p>à demander en cas de besoin au Service des Contributions 027 606 25 09</p> <p>PV cantonal de taxation <input type="checkbox"/> parent 1 année en cours - 2 ans <input type="checkbox"/> parent 2</p> <p>si impôts à la source (permis B, ...) à demander auprès de votre employeur*</p> <p>Certificat de salaire annuel année en cours - 1 ans <input type="checkbox"/> parent 1</p> <p><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	<input type="checkbox"/> 1x/mois <input type="checkbox"/> 2x/mois <input type="checkbox"/> 3x/mois	<input type="checkbox"/> tous
DIMANCHE	<input type="checkbox"/> 1x/mois <input type="checkbox"/> 2x/mois <input type="checkbox"/> 3x/mois	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1x/mois <input type="checkbox"/> 2x/mois <input type="checkbox"/> 3x/mois	<input type="checkbox"/> tous
DIMANCHE	<input type="checkbox"/> 1x/mois <input type="checkbox"/> 2x/mois <input type="checkbox"/> 3x/mois	<input type="checkbox"/> 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
