

NURSERIE: 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"/> PARENT 1 /REPRESENTANT LEGAL (à qui adresser la facture)	<input type="checkbox"/> PARENT 2 /REPRESENTANTE LEGALE (à qui adresser la facture)						
Nom:	<input type="text"/>	Nom:	<input type="text"/>				
Prénom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>				
Nationalité :	<input type="text"/>	Permis:	<input type="checkbox"/>	Nationalité :	<input type="text"/>	Permis:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Autorité parentale						
Profession exercée:	<input type="text"/>	Profession exercée:	<input type="text"/>				
Employeur: (nom + localité)	<input type="text"/>	Employeur: (nom + localité)	<input type="text"/>				
N° de natel:	<input type="text"/>	N° tél. professionnel:	<input type="text"/>	N° de natel:	<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 : Facture par e-mail: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>		Adresse e-mail : Facture par e-mail: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="text"/>	Nom de la Caisse Maladie:	<input type="text"/>
Date de reprise du travail Père	<input type="text"/>	Date de reprise du travail Mère	<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

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

Signature du RP

Date:

CHECK-LIST PARENTS DOCUMENTS REQUIS LORS DE L'INSCRIPTION

Documents de base	Séparation ou divorce	Employeurs	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><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>si impôts à la source (permis 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	<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
