



FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2020-2021

(À retourner pour le 31 mars 2020)

Coordonnées de l'enfant

Nom	Adresse
Prénom	Num. postale
Né(e)	Localité
Sexe <input type="radio"/> fille <input type="radio"/> garçon	
Nationalité	Classe/degé
Frères et sœurs	Enseignant(e)

L'enfant vit avec : ses parents sa mère seule
 son père seul autres :

Motif du placement : raison professionnelles autres :

Coordonnées des parents

Mère	Père
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Nationalité	Nationalité
Etat civil	Etat civil
Adresse	Adresse
Natel	Natel
Tél. prof.	Tél. prof.
Email	Email
Profession	Profession
Employeur	Employeur
Pourcentage	Pourcentage
Jours travaillés <input type="radio"/> lu <input type="radio"/> ma <input type="radio"/> me <input type="radio"/> je <input type="radio"/> ve	Jours travaillés <input type="radio"/> lu <input type="radio"/> ma <input type="radio"/> me <input type="radio"/> je <input type="radio"/> ve

Assurance Maladie

Assurance RC



Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom, prénom Tél.

Lien avec l'enfant

Nom, prénom Tél.

Lien avec l'enfant

Personnes atteignables en cas d'urgence (par ordre de priorité) :

Nom, prénom Tél.

Nom, prénom Tél.

Nom, prénom Tél.

Nom, prénom Tél.

43Lorsque votre enfant est absent, nous vous demandons d'avertir le personnel de l'UAPE. Sans nouvelle de votre part, l'EDE se réserve le droit d'appeler les personnes ci-dessus. Si personne n'est joignable, la police sera contactée

Informations complémentaires

Médecin de l'enfant Tél.

Est-il astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, intolérances...)

oui non

Si oui, lesquels

Peut-on lui prescrire des granules ou de la crème d'arnica en cas de chute ?

oui non

Votre enfant est-il intolérant ou allergique à certains médicaments ?

oui non

Si oui, lesquels,

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie particulière ?

oui non

Si oui, laquelle,

Remarques

.....
.....

Lieu et Date :

Signature :