



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION « LES MATELOTS »

Date d'entrée souhaitée : .....

Classe : ..... Enseignant(e) : .....

### Enfant

Nom  Prénom   
Né(e) le  Masculin  Féminin

L'enfant habite :  chez ses parents  chez la mère  chez le père

### Parents

	Papa		Maman
Nom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
NPA + Localité	<input type="text"/>		
Tél. privé	<input type="text"/>	Tél. privé	<input type="text"/>
Tél. portable	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>
E-mail privé	<input type="text"/>	E-mail privé	<input type="text"/>
Employeur	<input type="text"/>	Employeur	<input type="text"/>
Tél. professionnel	<input type="text"/>	Tél. professionnel	<input type="text"/>
Taux d'activité	<input type="text"/>	Taux d'activité	<input type="text"/>

**Tél. en cas d'urgence** : .....

**Premier jour de fréquentation (Contrat)** : .....

	Bloc 1 07h00 - 09h00	Bloc 2 09h00 - 11h00	Bloc 3 11h00 - 14h00	Bloc 4 14h00 - 16h00	Bloc 5 16h00 - 18h30
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					

**Estimation de l'heure d'arrivée de l'enfant dans la structure** : .....

### Personnes autorisées à reprendre l'enfant, autres que les parents

Nom, Prénom : ..... Tél. : .....

Nom, Prénom : ..... Tél. : .....

### Assurances et santé

Médecin de l'enfant : ..... Lieu et tél. : .....

Assurance maladie et accident : ..... Assurance responsabilité civile : .....

Votre enfant souffre d'un handicap :  oui  non Si oui, lequel ?.....

Votre enfant prend des médicaments :  oui  non Si oui, lesquels ?.....

En cas de fièvre, pouvons-nous administrer du Dafalgan ou un générique :  oui  non

En cas de chute, pouvons-nous donner de l'Arnica  oui  non

Votre enfant a des problèmes alimentaires/intolérances/allergies :  oui (présenter un certificat médical)  non

Si oui, lesquels(le)s ? .....

Est que votre enfant a déjà eu :

varicelle  
 scarlatine

oreillons  
 rougeole

rubéole

Votre enfant est-il sujet à :

épilepsie  
 spasme du sanglot  
 énurésie

otites  
 faux-croup  
 asthme

allergies  
 eczémas

### Remarques/ Particularités

.....  
.....

### Règlement et tarifs

En inscrivant leur (s) enfant(s), les familles déclarent avoir pris connaissance du règlement et des tarifs du service de la petite enfance de Port-Valais et acceptent les conditions.

Lieu et date : .....

Signature du (des) représentant(s) légal (-aux) de l'enfant :

.....

### Autorisation

Pour un usage interne dans la structure (affichage et analyse des pratiques) des photos et des vidéos sont réalisées.

Les parents autorisent les équipes à faire des photos ou des vidéos pour :

- une distribution ciblée aux parents des enfants du même groupe  oui  non  
- une publication sur le site de la commune  oui  non  
- une publication sur le site de la presse etc...  oui  non

Les parents autorisent l'utilisation des transports en commun pour des activités extérieures  oui  non

Lieu et date : .....

Signature du (des) représentant(s) légal (-aux) de l'enfant :

.....

### Document à joindre :

- Copie du carnet de vaccination
- Attestation d'employeur

Lieu : ..... Date : ..... Signature : .....