


Formulaire d'inscription Repas et UAPE



Année scolaire 2024-2025

	Enfant		Adresse
Nom		Rue	
Prénom		CP - Ville	
Né(e) le		 privé	
Nationalité		Mobile parent 1	
Langue(s) parlée(s)		Mobile parent 2	

A la date de l'accueil, l'enfant sera scolarisé en classe (degré Harmos) :

L'enfant vit avec :

ses parents sa mère seule son père seul autre :

	Parent 1		Parent 2
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Profession		Profession	
Employeur		Employeur	
Horaires/taux		Horaires/taux	
 prof.		 prof.	
E-mail		E-mail	

CHOIX DES HORAIRES

Régulier

Irrégulier (attestation de l'employeur exigée)

Si l'enfant À classe	07h00 – 08h10	Midi	16h00 – 17h15	17h15 – 18h30
	6 francs	19 francs	8 francs	6 francs
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

Seulement si l'enfant n'a pas classe	Demi-journée avec repas		Demi-journée sans repas		Journée 46 francs
	Matin 07h00-13h25	Après-midi 11h30-18h30	Matin 07h00-11h30	Après-midi 13h25-18h30	
	31 francs	31 francs	20 francs	20 francs	
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					

Informations complémentaires

Pédiatre de l'enfant

Personne à appeler en cas d'urgence (par ordre de priorité)

1	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

1	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

oui

non

Si oui, précisez :

Votre enfant est-il sujet à des allergies ?

oui

non

Si oui, précisez :

Votre enfant est-il sujet à ?

asthme

convulsion / convulsion fébrile

Épilepsie

autres

Si autres, précisez :

Peut-on administrer un médicament homéopathique ?

oui

non

Commentaire éventuel :

Est-il allergique à certains produits médicamenteux ? oui non
(crèmes, homéopathie, ...)

Si oui, lesquels :

--

Votre enfant a-t-il des frères et soeurs ? oui non

Prénom		Age	
Prénom		Age	
Prénom		Age	
Prénom		Age	

Vivent-ils sous le même toit ? oui non

Remarques éventuelles :

--

Date du début de la fréquentation :

**Ce formulaire d'inscription dûment complété est à retourner à :
par mail à petiteenfance@leytron.ch pour le 20 mai 2024 au plus tard.**

Nous profitons également pour vous rendre attentif au fait que des modifications concernant les directives ont eu lieu. Merci d'en prendre connaissance.

La responsable se réserve le droit de vous contacter pour d'éventuels compléments d'informations ou pour un entretien individuel.

Lors de la première inscription, joindre une photo passeport de l'enfant avec le présent formulaire.

En signant le présent document, le représentant légal atteste avoir pris connaissance des directives de l'UAPE.

Lieu et date :

Signature :