



Rue de la Chapelle 23  
1474 Châbles  
Tél. 026/663 86 58

## Formulaire d'inscription

### Enfant :

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance .....

Langue maternelle ..... Nationalité .....

Sexe ..... Religion .....

Adresse exacte .....

Assurance maladie et accidents .....

Médecin traitant .....

Votre enfant souffre-t-il d'allergie ?  oui  non

Votre enfant a-t-il contracté :

- |              |                              |                              |              |                              |                              |
|--------------|------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|
| • Coqueluche | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Rubéole    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Oreillons  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Scarlatine | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Rougeole   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Varicelle  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Votre enfant suit-il un régime particulier ?  oui  non

Si oui, lequel ? .....

Personne(s) responsable(s) de l'enfant

Mère		Père	
Nom/prénom		Nom/prénom	
Localité		Localité	
Tél. privé		Tél. privé	
Tél. prof.		Tél. prof.	
Portable		Portable	
Profession		Profession	
Mail		Mail	
Etat civil		Etat civil	

**Présences souhaitées :**

Quel(s) jour(s) votre enfant viendra-t-il à la crèche ?

*Par semaine au minimum : 1 demi-jour ou une journée complète*

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Repas					
Après-midi					

Début du placement .....

---

**Remarques :**

- La crèche est ouverte de 7h00 à 18h00
- Une taxe unique d'inscription de 150.-, non remboursable est demandée. L'inscription est définitive lorsque ce montant est payé.

---

**Joindre une copie du :**

- Carnet de vaccinations
- Contrat d'assurance maladie-accidents

**En signant ce formulaire, les parents confirment avoir pris connaissance du règlement et s'engagent à le respecter.**

**Date :**

**Signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux) :**

.....

.....

Formulaire à envoyer à :

Administration communale de Cheyres-Châbles  
Rue de la Gare 12  
1468 Cheyres