



Classe : _____H
Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
Sexe : _____ Date de naissance : _____
Nationalité : _____ Langue Maternelle : _____
Adresse : _____ Localité : _____
(Demi-)Frères et Sœurs : _____

Mère

Nom : _____
Prénom : _____
Nationalité : _____
Etat civil : _____
Adresse : _____

Adresse mail : _____
Profession : _____
Employeur : _____
Taux de travail : _____
Numéro Prof. : _____
Portable : _____

Père

Nom : _____
Prénom : _____
Nationalité : _____
Etat civil : _____
Adresse : _____

Adresse mail : _____
Profession : _____
Employeur : _____
Taux de travail : _____
Numéro Prof. : _____
Portable : _____

Adresse de facturation : Père, Mère, Autre _____

Autorité parentale : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Personnes de contact en cas d'urgence : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom, prénom, numéro de téléphone, lien avec l'enfant, plus copie de carte d'identité) : _____

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie particulière ? (Allergie, intolérance, asthme, ...)

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison ? (Nous déclinons toutes responsabilités sur le trajet du retour)

Non Oui à ____H____ Oui après un contact téléphonique

J'autorise le personnel éducatif, en cas de besoin à donner des granules homéopathiques à mon enfant Oui Non

Remarques particulières : (suivi thérapeutique, troubles, maladies infantiles déjà contractées ...) : _____

J'autorise mon enfant à prendre les transports en commun si une sortie est organisée. (Le personnel préviendra les familles à l'avance des sorties organisées.)

Oui Non

J'autorise la structure à faire et utiliser des photos ou vidéos de mon enfant

Non oui en interne de la structure oui pour des travaux de formation non publiés

Tableau des présences UAPE

	Matin	Après-midi A partir de 13h15	Soir A partir de 16h	Heure d'arrivée	Heure de départ
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Matin	Midi	A-midi		
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Remarques : _____

Je souhaite recevoir le formulaire pour les périodes de vacances scolaires

Oui Non

Lu et accepté les conditions du règlement de la structure

Signature de la mère : _____

Signature du père : _____

Lieu et date : _____