



Formulaire d'inscription

Toutes les rubriques doivent être complétées. Les inscriptions incomplètes seront refusées.

Début de l'accueil

mentionnez la date du début du placement souhaité

Crèche souhaitée : Arc-en-Ciel Les Dauphins aucune préférence

Prénom de l'enfant : enfant à naître

Lors de l'inscription, les parents s'acquittent d'une taxe d'inscription pour frais de dossier unique de fr. 100.00. L'inscription ultérieure d'un enfant de la même famille ne donne lieu à aucune taxe additionnelle.

L'inscription dûment complétée et signée par le(s) parent(s) doit être adressée au secrétariat FAEF, accompagnée des formulaires « renseignements confidentiels » et du récépissé de paiement de la taxe d'inscription. Elle est considérée comme définitive uniquement après l'encaissement de la taxe d'inscription. La fondation n'offre aucune garantie quant aux disponibilités d'accueil dans une crèche, suite à une inscription.

Renseignements d'ordre général

Mère

Père

Nom

.....

Prénom

.....

Adresse

.....

.....

.....

soulignez le numéro de téléphone sur lequel on peut vous joindre en tout temps

privé

.....

mobile

.....

prof.

.....

e-mail

.....

Profession

.....

Employeur

.....

Taux d'activité %

.....

Etat civil : mariés ou en partenariat enregistré union libre célibataire

divorcé(e)/séparé(e) veuf(ve)

Autorité parentale : le père la mère conjointe

Motifs du placement : Activité professionnelle Recherche d'emploi Etudes/ formation

Socialisation Autres :

Envoi de la facture : par courrier postal par e-mail à l'adresse :

Renseignements concernant l'enfant :

 enfant à naître

Nom Prénom

Date de naissance Langue maternelle

Horaire de fréquentation (*marquez d'une croix la fréquentation souhaitée*)

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
matin					
repas					
après-midi					

Flexibilité quant aux jours ou demi-jours souhaités : Oui NonEtat de santé général : aucun problème connu En traitement, lequel : Allergies, lesquelles : Régime alimentaire, lequel :Maladies infantiles déjà passées : coqueluche oreillons rubéole
 scarlatine varicelle rougeoleVaccins reçus : Di Te Per Polio ROR autres :

Pédiatre (nom, prénom et ☎) :

Personne(s) ayant le droit de venir rechercher l'enfant :

	Nom	Prénom	N° de téléphone
1)
2)

Personne atteignable en cas de besoins si les parents sont injoignables (nom, prénom et ☎) :

Remarques éventuelles :

Tout retrait d'inscription doit être communiqué par écrit au secrétariat FAEF, en mentionnant les motifs et un numéro de compte IBAN ou n° de CCP. Dans de telles circonstances, un montant de fr. 50.00 peut être remboursé par la fondation.

Par leur signature les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement d'application et s'engagent à le respecter.

Date et signature du (des) parents(s)