



association pour l'accueil  
de jour des enfants de terre sainte

Direction des UAPE  
Chemin du Collège 26  
1279 Chavannes-de-Bogis  
079/571 12 14  
sylvie.jotterand@ajet.ch

PHOTO

LIEU : .....

**ATTENTION : des modifications de lieu d'accueil pourront être apportées en fonction de l'enclassement définitif de votre enfant qui vous parviendra courant juillet par la Direction de l'Etablissement primaire de Coppet (école)**

## FICHE D'INSCRIPTION

La fiche d'inscription sert à ouvrir le dossier de l'enfant inscrit à l'UAPE. Veuillez prendre note que les informations recueillies seront traitées de manière confidentielle.

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : .....

NPA/Localité : .....

Tél : .....

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Langue(s) parlée(s) à la maison : .....

Date d'entrée souhaitée à l'UAPE (jour et horaire) : .....

Votre enfant vient-il :  des Coppalines  des AMF

### ECOLE

Lieu où la scolarité est prévue : .....

Degré scolaire pour la prochaine rentrée : .....

---

### **A remplir par les UAPE :**

Document(s) restant(s) encore à fournir :

## IDENTIFICATION DES PARENTS

### **Mère :**

Nom : ..... Prénom.....

Adresse (si elle diffère de celle de l'enfant) : .....

.....

Tél privé : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Profession et employeur : .....

N° de tél. professionnel : .....

Taux d'activité : .....

Jours de travail : Lu  Mar  Jeu  Ven

### **Père :**

Nom : ..... Prénom.....

Adresse (si elle diffère de celle de l'enfant) : .....

.....

Tél privé : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Profession et employeur : .....

N° de tél. professionnel : .....

Taux d'activité : .....

Jours de travail : Lu  Mar  Jeu  Ven

**Etat civil des parents (entourer ce qui convient) :** marié - séparé - divorcé - célibataire

**Autorité parentale :** Mère  Père  Autorité parentale conjointe

**Conjoint/partenaire (autre que le père) habitant sous le même toit :**

.....

## FREQUENTATIONS

Cochez les jours de présences souhaités :

	MATIN (MA)  De 7h30 à la rentrée des classes	MIDI (MI)  De la sortie des classes à la rentrée des classes de l'a-midi	APRES-MIDI (A1)  De la rentrée des classes à la sortie des classes	APRES-MIDI (A2)  De la sortie des classes à 16h45	APRES-MIDI (A3)  De la sortie des classes à 18h00
Lundi					
Mardi					
Jeudi					
vendredi					

## **SANTE**

Assurance maladie de l'enfant : .....

Assurance accident de l'enfant : .....

Assurance Responsabilité civile de l'enfant: .....

Votre enfant présente-t-il un problème médical ?

.....

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (alimentaires ou autres) ?

.....

Votre enfant suit-il un traitement médicamenteux régulier ?

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire : médical, religieux?

.....

Autorisez-vous les éducateurs des UAPE à administrer à votre enfant (entourer ce qui convient) :

des granules homéopathiques :    oui    non

du paracétamol :    oui    non

### **Pédiatre de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Prof. : .....

### **En cas de maladie :**

Les enfants malades ne peuvent pas être accueillis dans une collectivité d'enfants.

Les parents s'engagent à avoir une solution pour garder leur enfant à la maison.

Nom et adresse de la personne autorisée à venir chercher l'enfant en cas d'absence des parents :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

### **En cas d'accident :**

En cas d'accident, le personnel éducatif avertit les parents dans les plus brefs délais et détermine avec eux les mesures à prendre.

Remarques des parents : .....

.....



**Aux parents des enfants  
inscrits aux UAPE**

**Année 2011-2012**

**Autorisation de départ d'un enfant avec  
une autre personne à la fin des activités parascolaires**

Je, soussigné parent/responsable légal de l'enfant

.....

l'autorise à rentrer également avec la-les personne-s mentionnée-s ci-dessous :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Coordonnées téléphoniques

Nom et prénom du parent/responsable légal de l'enfant : .....

Signature :

Date :

**Direction des UAPE**  
**Chemin du Collège 26**  
**1279 Chavannes-de-Bogis**  
**079/571 12 14**  
**sylvie.jotterand@ajet.ch**

DEMANDE D'ATTESTATION DE TRAVAIL.

Par la présente nous confirmons que Monsieur \_\_\_\_\_

travaille dans notre entreprise au taux horaire de \_\_\_\_\_ %.

Lieu et date :

Signature et tampon de l'entreprise :



association pour l'accueil  
de jour des enfants de terre sainte

**Direction des UAPE**  
**Chemin du Collège 26**  
**1279 Chavannes-de-Bogis**  
**079/571 12 14**  
**sylvie.jotterand@ajet.ch**

DEMANDE D'ATTESTATION DE TRAVAIL.

Par la présente nous confirmons que Madame \_\_\_\_\_

travaille dans notre entreprise au taux horaire de \_\_\_\_\_ %.

Lieu et date :

Signature et tampon de l'entreprise :