

Demande d'inscription

1. Informations concernant l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Féminin Masculin

Rue : _____ Numéro postal : _____

Ville : _____ Nationalité : _____

Caisse maladie / accident : _____

Allergies ou autres : _____

Nom et prénom des frères et sœurs : _____ Date de naissance : _____

2. Informations concernant les parents :

Informations concernant la mère

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Etat civil : _____

Nationalité : _____ Rue : _____

Numéro postal : _____ Ville : _____

Profession et situation professionnelle : _____

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Tél. privé : _____ Tél. professionnel : _____

Tél. portable : _____ Adresse mail : _____

Informations concernant le père

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ Etat civil : _____

Nationalité : _____ Rue : _____

Numéro postal : _____ Ville : _____

Profession et situation professionnelle : _____

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Tél. privé : _____ Tél. professionnel : _____

Tél portable : _____ Adresse mail : _____

Autorité parentale : _____

3. Qui contacter si les parents sont injoignables en cas d'urgence :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Tél. privé : _____ Tél. portable : _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Tél. privé : _____ Tél. portable : _____

4. Qui vient habituellement rechercher l'enfant :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

5. Jour(s) d'inscription souhaité(s) par les parents :

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

4. Pour les enfants avec des besoins éducatifs particuliers, motifs de la demande :

Les parents sont demandeurs de l'inscription pour les motifs suivants :

La demande d'inscription est motivée par un ou des professionnel(s) :

5. Pédiatre :

Spécialisation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ N° postal, ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

6. Pour les enfants avec besoins éducatif particulier :

Diagnostic de l'enfant : _____

Médecin / spécialiste qui a posé le diagnostic : _____

Coordonnées :

Spécialisation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ N° postal, ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

7. Autres intervenants professionnels :

Spécialisation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ N° postal, ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Spécialisation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ N° postal, ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Spécialisation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ N° postal, ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Spécialisation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ N° postal, ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Spécialisation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ N° postal, ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

8.Remarques ou commentaires :

Le règlement et les tarifs au jardin d'enfant intégratif La Coccinelle sont donnés aux parents lors de l'inscription.

Signatures :

Par leur signature, les parents et/ou les représentants légaux certifient que les informations transmises lors de la demande d'inscription sont conformes à la réalité. Ils certifient aussi avoir pris connaissance des tarifs et du règlement et les acceptent.

Lieu et date : _____ **Signature :** _____

Signature : _____

Pour le Jardin d'enfants intégratif La Coccinelle :

Signature : _____