



COMMUNE DE
Conthey
VALAIS • SUISSE

STRUCTURE D'ACCUEIL
Route de Savoie 54
CH - 1975 St-Séverin

T +41 (0)27 345 56 20

structure.accueil@conthey.ch
www.conthey.ch

NURSERIE-CRECHE : FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION (Liste d'attente)

DONNEES CONCERNANT LES PARENTS DE L'ENFANT :

Père

Représentant légal Oui Non Autorité parentale Oui Non Gestionnaire principal du contrat de l'enfant Oui Non

Nom et Prénom du père de l'enfant :

Date de naissance du père de l'enfant :

Situation familiale du père de l'enfant : Célibataire/concubin
 Marié/Pacsé

Séparé/divorcé depuis le: _____
 Veuf

Profession du père de l'enfant:

Nom de l'employeur du père de l'enfant:

N° de natel du père de l'enfant:

Adresse e-mail du père de l'enfant:

Adresse - Code postal et Localité:

Mère

Représentant légal Oui Non Autorité parentale Oui Non Gestionnaire principal du contrat de l'enfant Oui Non

Nom et Prénom de la mère de l'enfant :

Date de naissance de la mère de l'enfant :

Situation familiale de la mère de l'enfant : Célibataire/concubin
 Marié/Pacsé

Séparé/divorcé depuis le: _____
 Veuf

Profession de la mère de l'enfant:

Nom de l'employeur de la mère de l'enfant:

N° de natel de la mère de l'enfant:

Adresse e-mail de la mère de l'enfant:

Adresse - Code postal et Localité:

DONNEES CONCERNANT L'ENFANT :

Nom de famille de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

Genre de l'enfant: (cochez)

Fille Garçon

Né(e) le:

Avec qui vit principalement l'enfant: (cochez)

Sa mère Son père Autre

L'enfant mange un repas spécial : (cochez)

L'enfant souffre d'une intolérance/allergie : (cochez)

NON OUI, sans porc

NON OUI (joindre le formulaire attesté par le médecin)

Nom de l'assurance maladie de l'enfant :

Nom de l'assurance responsabilité civile:

Nom du pédiatre de l'enfant:

Prénom des frères/sœurs de l'enfant:

L'enfant est-il suivi chez un spécialiste ? (cochez)

 NON OUI, pour quel/s motif/s?

Motif du placement de l'enfant: (cochez)

- Sociabilisation (au moins un des deux parents n'a pas d'activité professionnelle rémunérée)
- Activité professionnelle (joindre les attestations de travail des deux parents)

FREQUENTATION DESIREE :

| Prestations | Horaires possibles | | Veuillez impérativement noter les heures d'arrivée et de départ prévus pour chaque prestation choisie | | | | |
|---|----------------------|----------------------|---|-------|----------|-------|----------|
| | Arrivée | Départ | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| ½ journée matin SANS dîner | entre 06.45 et 08.45 | à 11.00 | | | | | |
| ½ journée matin AVEC dîner | entre 06.45 et 08.45 | entre 11.45 et 12.15 | | | | | |
| 2/3 journée matin AVEC dîner AVEC sieste | entre 06.45 et 08.45 | entre 13.30 et 14.00 | | | | | |
| 2/3 journée après-midi AVEC dîner AVEC sieste SANS goûter | à 10.45 | à 15.45 | | | | | |
| 2/3 journée après-midi AVEC dîner AVEC sieste goûter | à 10.45 | entre 16.30 et 18.45 | | | | | |
| ½ journée après-midi SANS goûter | entre 13.30 et 14.00 | à 15.45 | | | | | |
| ½ journée après-midi AVEC goûter | entre 13.30 et 14.00 | entre 16.30 et 18.45 | | | | | |
| Journée AVEC dîner SANS goûter | entre 06.45 et 08.45 | à 15.45 | | | | | |
| Journée AVEC dîner et AVEC goûter | entre 06.45 et 08.45 | entre 16.30 et 18.45 | | | | | |

Date d'entrée en vigueur souhaité : _____

Remarques éventuelles :

*Si la demande d'inscription concerne un enfant à naître, veuillez indiquer la date du terme prévu _____
et la date de votre reprise au travail _____*

Date :

Signature du représentant légal :