

DEMANDE D'ADMISSION A LA CRECHE GINKJO DE LA COMMUNE D'EVILARD

Données personnelles de l'enfant : (Veuillez remplir un formulaire par enfant)

Nom: Prénom :
Rue: Localité/NLP :
Date de naissance : Nationalité :
Pédiatre nom/adresse : Langue parlée : français allemand
.....
..... Langue mat. :
..... Assurance RC :
Pédiatre no tél. : Caisse-maladie :

Données personnelles des parents :

Mère

Nom : Prénom :
Rue : Localité/NLP :
Tél. privé : Tél. affaires : Portable :
Etat civil : Monoparental-e :
Profession : Employeur : Activité indépendante :
E-Mail privé : E-Mail prof. :

Père

Nom : Prénom :
Rue : Localité/NLP :
Tél. privé : Tél. affaires : Portable :
Etat civil : Monoparental-e :
Profession : Employeur: Activité indépendante :
E-Mail privé: E-Mail prof. :

Module désiré et date d'entrée

Date d'entrée :

Module	Tarif	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin + midi	75%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi + après-midi	75%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Journée	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motifs de la prise en charge

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> parent seul exerçant une activité professionnelle | <input type="checkbox"/> contact avec d'autres enfants |
| <input type="checkbox"/> les deux parents travaillent | <input type="checkbox"/> intégration |
| <input type="checkbox"/> sœur ou frère déjà à la crèche | <input type="checkbox"/> |

Qui a le droit parental?

- | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> les deux parents | <input type="checkbox"/> mère | <input type="checkbox"/> père | <input type="checkbox"/> représentant légal |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---|

Remarques

Date et signature

Evilard/Macolin,

Signature de la mère :

Signature du père :

A renvoyer : Crèche municipale, Yasmeen Aeschbach, Chemin des Bourdons 3, 2533 Evilard ou ginkjo@evilard.ch.