

Formulaire de préinscription

DATE PRÉINSCRIPTION

/ /

COORDONNEES PARENT 1

NOM

PRENOM

DATE DE
NAISSANCE / /

EMAIL

LANGUES
PARLEES

NATIONALITE

STATUT Célibataire Marié-e Divorcé-e Séparé-e
 Concubin-e Veuf-ve PACS

TELEPHONE

ADRESSE

NPA, LOCALITE

EMPLOYEUR

ADRESSE

NPA, LOCALITE

TEL. PROF

% DE TRAVAIL

REVENU ANNUEL

PROFESSION

COORDONNEES PARENT 2

NOM

PRENOM

DATE DE
NAISSANCE / /

EMAIL

LANGUES
PARLEES

NATIONALITE

STATUT Célibataire Marié-e Divorcé-e Séparé-e
 Concubin-e Veuf-ve PACS

TELEPHONE

ADRESSE

NPA, LOCALITE

EMPLOYEUR

ADRESSE

NPA, LOCALITE

TEL. PROF

% DE TRAVAIL

REVENU ANNUEL

PROFESSION

SOUHAIT DE PLACEMENT

Activités professionnelles des parents Intégration et sociabilisation des enfants Accompagnement éducatif Autres : _____

AUTORITÉ PARENTALE

Conjointe Père Mère Autres : _____

VOTRE ENFANT

NOM	<input type="text"/>	ADRESSE	<input type="text"/>
PRENOM	<input type="text"/>	NPA, LOCALITE	<input type="text"/>
DATE DE NAISSANCE	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	LANGUES PARLEES	<input type="text"/>
SEXE	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NATIONALITE	<input type="text"/>

SANTE

N° AVS	<input type="text"/>	MEDICATION	<input type="text"/>
MEDECIN	<input type="text"/>	ALLERGIES	<input type="text"/>
TEL. MEDECIN	<input type="text"/>	SUIVI SPECIALISE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ADRESSE MEDECIN	<input type="text"/>	MOTIF SUIVI	<input type="text"/>

CONTACT EN CAS D'URGENCE

NOM	<input type="text"/>
PRENOM	<input type="text"/>
LIEN DE PARENTE	<input type="text"/>
TELEPHONE	<input type="text"/>

AUTORISATION

NOM	<input type="text"/>
PRENOM	<input type="text"/>
LIEN DE PARENTE	<input type="text"/>
TELEPHONE	<input type="text"/>

Personne autorisée à contacter et autoriser à récupérer l'enfant sans avis au parent au préalable

FRÉQUENTATION

LUNDI MATIN	MARDI MATIN	MERCREDI MATIN	JEUDI MATIN	VENDREDI MATIN	SAMEDI MATIN	DIMANCHE MATIN
LUNDI APRÈS-MIDI	MARDI APRÈS-MIDI	MERCREDI APRÈS-MIDI	JEUDI APRÈS-MIDI	VENDREDI APRÈS-MIDI	SAMEDI APRÈS-MIDI	DIMANCHE APRÈS-MIDI
LUNDI SOIR	MARDI SOIR	MERCREDI SOIR	JEUDI SOIR	VENDREDI SOIR	SAMEDI SOIR	DIMANCHE SOIR

TARIFS

- Halte-garderie : sur demande (pas encore disponible)
- Demi-journée : CHF 95.-/dj
- Journée : CHF 165.-/j

DOCUMENTS À NOUS REMETTRE

- Copie pièce d'identité de l'enfant
- Copie acte de naissance de l'enfant/livret de famille
- Copie carte d'assurance
- Justificatif autorisé par les deux parents (si non-mariés)

CONTACT COCOON FAMILY SÀRL

 En Chamard 41A, 1442 Montagny-près-Yverdon

 +41 24 566 71 77

 info@cocoon-family.ch
 www.cocoon-family.ch

HORAIRES SOUHAITÉS

CONFIRMATION D'INSCRIPTION

NOM, PRENOM	<input type="text"/>
DATE & SIGNATURE	<input type="text"/>
NOM, PRENOM	<input type="text"/>
DATE & SIGNATURE	<input type="text"/>

Notre règlement s'applique à cette inscription.

DATE & SIGNATURE
Cocoon Family Sàrl

MERCI POUR L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT