

Formulaire inscription UAPE La Marelle en forêt

Identité de l'enfant :

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
LANGUES	
NATIONNALITE	

Maladies, allergies, troubles, suivi thérapeutiques, régimes alimentaires ou remarques importantes (en cas d'allergie ou de maladie nécessitant l'administration de médicaments un certificat médical vous sera demandé) :

--

Liste des produits utilisés au sein de la structure :

Arnica (granule 9 CH) : ☐ Oui ☐ Non

Arnica gel boiron : ☐ Oui ☐ Non

Belladonna (granule 9 CH) : ☐ Oui ☐ Non

Apis melifica (granule 9 CH) : ☐ Oui ☐ Non

Odinhelp cream baby : ☐ Oui ☐ Non

Bépanthen onguent : ☐ Oui ☐ Non

Identités des représentants légaux :

Situation familiale :

☐ mariés ☐ divorcés ☐ séparés ☐ union libre ☐ célibataires ☐ veuf(ve) ☐ famille d'accueil

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
COURRIEL	
NATIONNALITE	

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
COURRIEL	
NATIONNALITE	

La tierce personne de contact (si aucun parent n'est joignable) :

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
LIEN AVEC L'ENFANT	

Les autre(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher L'enfant :

NOM		NOM	
PRENOM		PRENOM	
ADRESSE		ADRESSE	
TELEPHONE		TELEPHONE	
LIEN AVEC L'ENFANT		LIEN AVEC L'ENFANT	

Fréquentation souhaitée :

Veillez indiquer l'horaire de fréquentation dans la case correspondant à la plage souhaitée.

	Horaire souhaité
Lundi de 7h à 9h et de 15h45 à 19h	
Mardi de 7h à 9h et de 15h45 à 19h	
Mercredi de 7h à 19h	
Jeudi de 7h à 9h et de 15h45 à 19h	
Vendredi de 7h à 19h	
A remplir par la direction, total d'heures :	

Signature des représentants légaux :

Lieu et date:

--

Éléments complémentaires à remplir

Période d'inscription souhaitée : du _____ au _____

Nom de l'assurance maladie / accident de l'enfant : _____

Établissement scolaire fréquenté (si applicable) : _____

Remarques ou demandes particulières :

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'UAPE. ☐ Oui ☐ Non

J'autorise l'utilisation de photos de mon enfant à des fins de communication interne/externe (site internet, affiches, etc.). ☐ Oui ☐ Non

Je déclare exacts les renseignements fournis ci-dessus et m'engage à informer l'UAPE de tout changement concernant ces informations.