



## Formulaire de préinscription

### Enfants

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : 

|   |   |
|---|---|
| F | M |
|---|---|

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Assurance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Représentant légal : \_\_\_\_\_

### Frère (s) / sœurs (s)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ D. de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ D. de naissance : \_\_\_\_\_

### Père

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ D. de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel. privé : \_\_\_\_\_ Tel. Prof. : \_\_\_\_\_ Natel : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

### Mère

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ D. de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel. privé : \_\_\_\_\_ Tel. Prof. : \_\_\_\_\_ Natel : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

# Renseignement concernant l'enfant

Nom du pédiatre : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

|  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Naissance prématurée.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Césarienne.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poids.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Taille.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaccination DiTePe.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaccination BCG.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaccination Polio.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rougeole.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rubéole.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oreillon .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant pourra être pris en photo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant pourra faire de la réflexologie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant pourra se déplacer en voiture avec le personnel<br>de la garderie ou autres parents de confiance en cas d'urgence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allergies connues :

---

---

---

---

## Personnes autorisées à récupérer l'enfant (3)

*(Sur présentation d'une pièce d'identité)*

1° Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Statut familiale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tel. privé : \_\_\_\_\_ Natel : \_\_\_\_\_

2° Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Statut familiale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tel. privé : \_\_\_\_\_ Natel : \_\_\_\_\_

3° Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Statut familiale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tel. privé : \_\_\_\_\_ Natel : \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_\_\_



| Contrat   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contrat mensuel à 100% journée complète..... repas ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Contrat mensuel à 75 % matin..... repas .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Contrat mensuel à 60 % après-midi.....                   |                          |                          |

*Les prix sont calculés selon le règlement général sur l'accueil des enfants (REGAE).*

Voir cite : [www.ne.ch/accueillexfamilial](http://www.ne.ch/accueillexfamilial)

Lieu et date :

Signature :