

CRECHE
POUR ENFANTS DE 18 MOIS A 4 ANS
OUVERTE DE 6H30 A 19H

INSCRIPTION

Renseignements personnels :

Nom de l'enfant _____ Prénom _____

Né(e) le _____ Nationalité _____


Centre scolaire _____ Degré _____

Adresse _____ Commune _____

 privé _____  portable _____

Nom et prénom du père _____  prof. _____

Profession _____ Employeur _____

Nom et prénom de la mère _____  prof. _____

Profession _____ Employeur _____

Nom du /de la détenteur(trice) de l'autorité parentale _____

Adresse _____

Personne à qui adresser les factures : Nom et prénom _____

Adresse _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant _____

Assurance maladie _____

Maladies – allergies _____

Médecin traitant de l'enfant _____ 

Remarques particulières _____

FREQUENTATION

Avez-vous un/des enfants inscrits dans un autre lieu d'accueil : oui non

Si oui dans quelle(s) structure(s) : _____

Noms et Prénoms : _____

PRESENCE DE L'ENFANT

Horaire	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Matin	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....
Midi	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....
Après-midi	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....
Toute la journée	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....
Petit déj.					
Repas midi					
Goûter					

Le représentant légal autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de maladie et accident survenus dans la journée, si les parents n'ont pas pu être atteints.

Vous autorisez votre enfant à participer aux activités extérieures.

Vous avez pris connaissance du règlement et des modalités de facturation.

DATE _____ Signature _____

Crèche _____

ATTESTATION FISCALE
Délivrée par le service des contributions

=====

Pour les parents plaçant leur(s) enfant(s)
A la crèche LE RELAIS à Salins

Les soussignés autorisent la responsable du lieu d'accueil à demander l'attestation de la classe des revenus auprès du service des contributions.

Sans indication des revenus, le tarif maximum sera appliqué.

Signature des parents :

Année 2006

Nous, soussignés, service des contributions de la commune de domicile du détenteur de l'autorité parentale, attestons que

Nom et prénom
du détenteur de l'autorité parentale : _____

Nom et prénom du partenaire : _____

Adresse : _____

Localité : _____

Signature de la responsable :

Ont un revenu déterminant correspondant à la classe de l'échelle des tarifs annexée.

n°..... pour le/les parents n°..... pour le/la partenaire

Classe déterminante pour le couple n°.....

Le revenu annuel déterminant correspond au revenu imposable selon chiffre 26 de la dernière taxation fiscale.

Certifié conforme le _____

Service des contributions : _____