

**UAPE**  
**POUR ENFANTS EN ENFANTINE ET PRIMAIRE**

**INSCRIPTION**

**Renseignements personnels :**

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Centre scolaire \_\_\_\_\_ Degré \_\_\_\_\_

Adresse\_\_ rue \_\_\_\_\_ 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**

<b>Horaire</b>	<b>lundi</b>	<b>mardi</b>	<b>mercredi</b>	<b>jeudi</b>	<b>vendredi</b>
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					
Etude					

**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.

Votre enfant se déplace seul de l'école à l'UAPE ;            oui                    non

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

DATE \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

UAPE \_\_\_\_\_

**ATTESTATION FISCALE**  
**Délivrée par le service des contributions**

=====

Pour les parents plaçant leur(s) enfant(s)  
A l'UAPE 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 :** \_\_\_\_\_