

Fiche d'inscription pour l'enfant à placer



Date:

Localité:

Nom de l'enfant:

Prénom :

Date de naissance:

Nationalité :

No AVS

Pédiatre

Père

Nom:

Prénom:

Profession:

tél:

e-mail:

taux d'occupation

No AVS

Mère

Nom:

Prénom:

Profession:

tél:

e-mail:

taux d'occupation

No AVS

L'enfant vit chez :

Adresse:

No postal:

Localité:

Horaires souhaités

Lundi	<input type="text"/>
Mardi	<input type="text"/>
Mercredi	<input type="text"/>
Jeudi	<input type="text"/>
Vendredi	<input type="text"/>
Samedi	<input type="text"/>
Dimanche	<input type="text"/>

vacances scolaires:

oui

non

Début du placement souhaité:

Maladie et Allergies

Avez-vous des désirs particuliers:

Nous attestons avoir pris connaissance du règlement .

signature des parents:

