

# Structure d'accueil pour les élèves du CO de Basse-Nendaz

## **Fiche d'inscription :**

Date de réception de la demande : .....  
(ne pas remplir svp)

## **Coordonnées de l'élève :**

|                   |       |                   |       |
|-------------------|-------|-------------------|-------|
| Nom               | ..... | Nationalité       | ..... |
| Prénom            | ..... | Langue maternelle | ..... |
| Date de naissance | ..... | Langue parlée     | ..... |
| Adresse           | ..... | Natel de l'élève  | ..... |
| Localité          | ..... | Degré scolaire    | ..... |

L'élève vit avec  ses parents  sa mère seule  son père seul  autres : .....

## **Coordonnées du père :**

|                    |   |                 |       |
|--------------------|---|-----------------|-------|
| Nom                | .....   | Etat civil      | ..... |
| Prénom             | .....   | Profession      | ..... |
| Adresse            | .....   | Employeur       | ..... |
| Localité           | .....   | Taux d'activité | ..... |
| Tél. privé         | .....   | Adresse de      | ..... |
| Natel              | .....   | L'employeur     | ..... |
| E-mail             | .....   | Tél. prof.      | ..... |
| Autorité parentale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                 |       |

## **Coordonnées de la mère :**

|                    |   |                 |       |
|--------------------|---|-----------------|-------|
| Nom                | .....   | Etat civil      | ..... |
| Prénom             | .....   | Profession      | ..... |
| Adresse            | .....   | Employeur       | ..... |
| Localité           | .....   | Taux d'activité | ..... |
| Tél. privé         | .....   | Adresse de      | ..... |
| Natel              | .....   | L'employeur     | ..... |
| E-mail             | .....   | Tél. prof.      | ..... |
| Autorité parentale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                 |       |

## **Adresse de facturation :**

Père  Mère  Autre

Autre adresse : .....

|                   |       |                  |       |
|-------------------|-------|------------------|-------|
| Assurance RC      | ..... | Médecin traitant | ..... |
| Assurance maladie | ..... | Tél. médecin     | ..... |
| Allergies         | ..... | Intolérances     | ..... |
| Maladie           | ..... | Divers           | ..... |

**Contrat de fréquentation de l'élève**

*Marquez d'une croix*

|                            | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|----------------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| <b>Midi</b><br>11h30-13h30 |       |       | Fermé    |       |          |

Par sa signature, le parent atteste avoir pris connaissance du règlement d'application de la structure d'accueil pour les élèves du CO ainsi que des modalités de facturation et les accepte.

Date : .....

Signature : .....

**Ce formulaire est à retourner par courrier à :**  
**UAPE Le Nend'Jardin - Cantine du CO - Route de Nendaz 869 - 1997 Haute-Nendaz**