



COMMUNE DE  
**Conthey**  
VALAIS • SUISSE

GENERATIONS  
Route de Savoie 54  
CH – 1975 St-Séverin

T +41 (0)27 345 56 20

generations@conthey.ch  
www.conthey.ch

## UAPE : FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION (Liste d'attente)

### DONNEES CONCERNANT LES PARENTS DE L'ENFANT :

#### Père

Représentant légal  Oui  Non Autorité parentale  Oui  Non Gestionnaire principal du contrat de l'enfant  Oui  Non

Nom et Prénom du père de l'enfant :

Date de naissance du père de l'enfant :

Situation familiale du père de l'enfant :  Célibataire/concubin  
 Marié/Pacsé

Séparé/divorcé depuis le: \_\_\_\_\_  
 Veuf

Profession du père de l'enfant:

Nom de l'employeur du père de l'enfant:

N° de natel du père de l'enfant:

Adresse e-mail du père de l'enfant:

Adresse - Code postal et Localité:

#### Mère

Représentant légal  Oui  Non Autorité parentale  Oui  Non Gestionnaire principal du contrat de l'enfant  Oui  Non

Nom et Prénom de la mère de l'enfant :

Date de naissance de la mère de l'enfant :

Situation familiale de la mère de l'enfant :  Célibataire/concubin  
 Marié/Pacsé

Séparé/divorcé depuis le: \_\_\_\_\_  
 Veuf

Profession de la mère de l'enfant:

Nom de l'employeur de la mère de l'enfant:

N° de natel de la mère de l'enfant:

Adresse e-mail de la mère de l'enfant:

Adresse - Code postal et Localité:

### DONNEES CONCERNANT L'ENFANT :

Nom de famille de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

Genre de l'enfant: (cochez)

Fille  Garçon

Né(e) le:

Avec qui vit principalement l'enfant: (cochez)

Sa mère  Son père  Autre

L'enfant mange un repas spécial : (cochez)

NON  OUI, sans porc

L'enfant souffre d'une intolérance/allergie : (cochez)

NON  OUI (joindre le formulaire attesté par le médecin)

Nom de l'assurance maladie de l'enfant :

Nom de l'assurance responsabilité civile :

Nom du pédiatre de l'enfant:

Prénom des frères/sœurs de l'enfant:

L'enfant est-il suivi chez un spécialiste? (cochez)  NON  OUI, pour quel/s motif/s?

Motif du placement de l'enfant : (cochez)

- Sociabilisation (au moins un des deux parents n'a pas d'activité professionnelle rémunérée)  
 Activité professionnelle (joindre les attestations de travail des deux parents)

Degré scolaire en août 20..... (cochez) :  1H  2H  3H  4H  5H  6H  7H  8HMatinée spéciale de congé attribuée aux 1H à 4H (cochez) :  mardi  mercredi  jeudi**FREQUENTATION DESIREE :**

Prestations	Horaires possibles		Veuillez impérativement noter les heures d'arrivée et de départ pour chaque prestation choisie				
	Arrivée	Départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin avant l'école	entre 06.45 et 08.00	08.00					
Midi AVEC dîner	11.30	13.30					
Soir après l'école AVEC goûter	16.15	entre 17.00 et 18.45					
Matinée SANS dîner	08.00	11.30					
Après-midi SANS goûter	13.30	16.15					

Vacances scolaires : Mon enfant sera présent (cochez)  OUI  NON

Date d'entrée en vigueur souhaité : \_\_\_\_\_

Remarques particulières :

Date :

Signature du représentant légal :