



Crèche Les Anges du Ciel – Demande inscription

La personne responsable

mère

père

tuteur

Nom

Prénom

Adresse

Téléphone

A la crèche les Anges du Ciel
pendant la période.....aux plages suivantes

Plages inscription	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h30 a 18h					

Vous êtes priés de cocher uniquement les cases dont vous avez réellement besoin.
Vous serez informé(e) dans les meilleurs délais si votre demande est retenue.

Renseignements concernant l'enfant

Nom

Prénom

Date de naissance

Sexe

féminin

masculin

Langue(s) parlée(s) par l'enfant

Votre enfant porte-t-il encore des couches (Pampers)?

Oui

non



Renseignements médicaux :

les renseignements médicaux sont traités par la directrice de la crèche de façon strictement confidentielle.

L'enfant présente-t-il des problèmes de santé à l'heure actuelle?

L'enfant ne présente pas de problème de santé particulier.

l'enfant présente le(s) problème(s) suivant(s):

est-ce que l'enfant doit prendre un médicament?

Oui

Non

Si oui, le(s)quel(s):

est-ce que l'enfant a déjà subi une de ces maladies ou présenté un de ces symptômes?

Troubles cardiaques

Troubles rénaux

Tuberculose

Pneumonie

Troubles estomac

diabète

Épilepsie

Diphtérie

Asthme

Convulsion

Autre, précisez :

l'enfant as-t-il des allergies ou des intolérances à certains aliments?

Oui

Non

Si oui, le(s)quel(s):



Type de réaction :

Aliments interdits :

l'enfant as-t-il des allergies à certains médicaments (pénicilline, etc.)?

Oui

non

Si oui, le(s)quel(s):

Type de réaction :

Je certifie que l'enfant est en bonne santé et à jour de toutes les vaccinations.

important! Pour éviter tout incident, veuillez remettre en cas d'allergies ou d'intolérance, un certificat médical lors de l'inscription de votre enfants.

à cocher:

Je certifie que les déclarations faites en réponse au présent formulaire sont, à ma connaissance, vraies, complètes et exactes et je prends note que l'équipe éducative de la crèche Les Anges du Ciel peut communiquer ces informations à un médecin ou un professionnel de la santé en cas d'urgence.

Remarques générales:

Fait à.....le.....

Signature de la personne responsable :
« lu et approuvé »



Les demandes incomplètes ne pourront pas être prises en compte !

Pièces à fournir obligatoirement :

1. Copie de la carte d'identité de l'enfant
2. Copie de la carte de vaccination de l'enfant
3. Certificat médical en cas d'allergie ou d'intolérance de l'enfant

A envoyé

Rue du Hoogbosch 113bis,

1080 Molenbeek

0470702201

Ou

lesangesduciel@outlook.com