

FEUILLE DE DÉPANNAGE

Veillez svp remplir cette feuille recto-verso, la signer puis nous la retourner au plus vite par email (afj@renens.ch), par courrier postal, par un dépôt à notre réception ou dans la boîte à lettres du Service Enfance-cohésion sociale, rue de Lausanne 25, 1020 Renens.

Dès que cette feuille est en notre possession, nous chercherons une solution de dépannage. Lorsqu'elle vous est proposée, vous avez une semaine pour annuler le dépannage. Au-delà de ce délai, le dépannage peut être validé et les heures réservées seront facturées dans leur intégralité selon le principe une place réservée = une place facturée.

Nom et prénom de l'enfant	
Date de naissance	
L'enfant est actuellement accueilli chez	
Niveau scolaire	<input type="checkbox"/> Préscolaire <input type="checkbox"/> 1P <input type="checkbox"/> 2P <input type="checkbox"/> 3P et plus
Date du dépannage	du _____ au _____

HORAIRE DU DEPANNAGE (selon votre horaire de base) – **A remplir obligatoirement**

FIXE	matin			midi	après-midi				Total heures
	arrivée	petit déjeuner	départ (école 9h)	11h30 - 14h00	arrivée (école 15h)	goûter	souper	départ	
Lundi		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mardi		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mercredi		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Jeudi		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vendredi		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Total heures par semaine									

IRREGULIER Nombre d'heures contractuelles par semaine

Les horaires de **travail irréguliers** des parents sont communiqués sur papier à l'accueillante au minimum 7 jours à l'avance.

Remarques, précisions

Signature des parents	
Date	

A remplir par l'AFJ

Nom de l'accueillante pour le dépannage	
Date et visa de la coordinatrice	

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ENFANT

Informations transmises à l'accueillante en milieu familial

Adresse du domicile de l'enfant		
Nom et prénom de la mère		
Téléphone(s) de la mère	Mobile:	Prof.:
Adresse e-mail de la mère		
Nom et prénom du père		
Téléphone(s) du père	Mobile:	Prof.:
Adresse e-mail du père		
Autres personnes venant chercher l'enfant (Nom, prénom, mineur ou majeur)		
Numéro en cas d'urgence		
Autorisations particulières	Emmener l'enfant dans sa voiture attaché dans un siège adapté à son âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Emmener l'enfant à la piscine ou au lac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Prendre des photos ou vidéos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Santé de l'enfant	Régime alimentaire Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Allergies Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Traitement en cours Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Remarques éventuelles		

Les parents attestent avoir donné des renseignements conformes à la réalité.