



## Demande d'inscription

(à nous retourner complétée et signée)

Nom  Prénom

Né(e) le  A

Lieu d'origine  Nationalité

Numéro AVS  Téléphone

Domicile légal

Existe-t'il **un curateur?**  
Si oui, nom, adresse, no de tél.  
et e-mail du/de la curateur/trice  Type de curatelle

Existe-t'il **un tuteur?**  
Si oui, nom, adresse, no de tél.  
et e-mail du/de la tuteur/trice  Type de tutelle

Nom et adresse  
du **représentant légal**  
(y compris no de tél. et e-mail)

Factures à adresser à  
(nom, adresse, no de tél.,  
e-mail)

Garantie de paiement par  
(nom, adresse, no de tél.,  
e-mail)



**Assurance accident**

police d'assurance, nom, adresse,  
no d'assuré  
(joindre une copie de l'assurance  
accident)

**Assurance maladie**

nom, adresse, no d'assuré  
(joindre une copie de la carte  
d'assurance)

**Assurance responsabilité civile**

police d'assurance, nom, adresse,  
no d'assuré  
(joindre une copie de la police  
d'assurance accident)

Tout dégât causé intentionnellement ou non sera facturé à l'organisme responsable  
du placement et/ou aux parents.

Existe-t'il des **problèmes particuliers** de santé ou  
d'alimentation à prendre en compte ?  
(appétit, nourriture, sommeil, incontinence, allergie, etc.)

**Particularités** (lunettes, appareils spéciaux, etc.)

Actuellement en traitement chez un **médecin**

oui  non

Nom, adresse, no tél., e-mail

Actuellement en traitement chez un **dentiste**

oui  non

Nom, adresse, no tél., e-mail

Actuellement en traitement chez un **occuliste**

oui  non

Nom, adresse, no tél., e-mail

Y a-t-il une **thérapie** en cours ?

oui  non

Par qui ? (nom, adresse, no tél., e-mail)

Médication (joindre une copie de l'ordonnance)  
Posologie

Les détenteurs de l'autorité parentale autorisent les spécialités du SPE/SPP  
à donner les informations à la direction d'Art Vif leur permettant d'évaluer la  
situation et les mesures à mettre en place pour l'utilisateur.

**Autorisation accordée**

oui  non



Niveau scolaire actuel  Nombre d'année d'école suivies

En classe chez  Lieu

Emploi actuel

**Employeur**  
(nom, adresse, no tél., e-mail)

Ecole professionnelle

Date de l'arrêt de la dernière formation ou année d'école

Sports pratiqués ou activité de loisir

**Pour les internes**  
Personnes autorisées à héberger l'utilisateur durant les week-ends et congés (nom, adresse, no de tél. e-mail)

### Père

Nom  Prénom

Adresse  Téléphone

E-mail  Date de naissance

Profession  Etat civil

Employeur actuel (nom, adresse, no de tél.)

Autres enfants ou frère et sœur (prénom et âge)



## Mère

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	Etat civil	<input type="text"/>

Employeur actuel  
(nom, adresse, no de tél.)

Autres enfants ou frère et  
sœur (prénom et âge)

**Pour les étrangers, pays, région d'origine**

Date d'arrivée en Suisse (père)  
Date d'arrivée en Suisse (mère)  
Date d'arrivée en Suisse (usager)

Demandes, remarques et propositions

Lieu et date

---

Signature usager

---

Signature parent/représentant légal

---