

**INSCRIPTION 2024 - 2025**

**ENFANT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : ……………………………………………………….... | Prénom : .………………………………………………….… |
| Date de naissance : .....…………………………….…….... | Nationalité : ……………………………………………......... |
| Langues parlées à la maison : ……………..…………...... | Tél. en cas d’urgence : …………………………….……... |
| L’enfant vit avec : [ ]  ses parents [ ]  sa mère [ ]  son père [ ]  autre (à préciser) : ………………………... |
| Fratrie : ………………………………………………………………………….………………………………………………… |
| Nom et tél. du pédiatre : ………………………………………………………………………………………………………… |
| Assurance maladie : …………………………….……...... Numéro AVS : ………………….…….................................. |

**PARENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARENT 1** | **PARENT 2** |
| Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  | Nom : …………………………………………………………  |
| Prénom : …..…………………………………………………  | Prénom : ………….…………………………………………  |
| Adresse : ……………………………………...……………..  | Adresse : ……………………………………………………..  |
| NPA : ..………………………………………………………..  | NPA : ………………………………………………...……....  |
| Localité : ……………………………………………………..  | Localité : ………………………………………………......... |
| Tél. privé : ……………………………………………………  | Tél. privé : ………………………………………………….. |
| Mail privé : ………………………………...………………....  | Mail privé : ………………………………………………….. |
| Profession : ……………………………………………….… | Profession : …………………………………………….….. |
| Employeur : …………………………………………………. | Employeur : …………………………………………….…… |
| Tél. professionnel : ……………………………………….... | Tél. professionnel : …………………………………………. |

**SANTE**

|  |
| --- |
| Problèmes alimentaires/ intolérances/ allergies : [ ]  oui (certificat médical) [ ]  nonSi oui, lesquels : ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Troubles diagnostiqués : [ ]  oui [ ]  non - Si oui, lesquels : ……………………………………………………… |
| Maladies infantiles déjà eues : [ ]  varicelle [ ]  scarlatine [ ]  rougeole [ ]  oreillons [ ]  rubéole |
| Allergies ou intolérances à certains médicaments : [ ]  oui [ ]  non - Si oui, lesquelles : ………………………… |
| Sujetà l’une de ces maladies : [ ]  épilepsie [ ]  spasme du sanglot [ ]  otite [ ]  faux croup  [ ]  asthme [ ]  eczéma |

**AUTORISATION**

|  |
| --- |
| En cas de chute, peut-on lui donner des granules d’Arnica ? [ ]  oui [ ]  non  |
| En cas de forte fièvre, peut-on lui donner du Dafalgan en sirop ? [ ]  oui [ ]  non |
| En cas de rougeurs, peut-on lui appliquer une crème d’érythème fessier ? [ ]  oui [ ]  non |
| En cas de douleurs dentaires, peut-on lui appliquer du gel dentition aux plantes ? [ ]  oui [ ]  non |
| Acceptez-vous que votre enfant fasse des promenades à l’extérieur avec le personnel éducatif ? [ ]  oui [ ]  non |

|  |
| --- |
| **Autres personnes autorisées à venir chercher l’enfant** :  |
| Nom et prénom : …………………………………………....... Lien avec l’enfant : ………………………………………….Tél. : ……………………………………………………. |
| Nom et prénom : …………………………………………....... Lien avec l’enfant : ………………………………………….Tél. : ……………………………………………………. |
| Nom et prénom : …………………………………………....... Lien avec l’enfant : ………………………………………….Tél. : ……………………………………………………. |
| Nom et prénom : …………………………………………....... Lien avec l’enfant : ………………………………………….Tél. : ……………………………………………………. |

Remarques : ……………………………………………………………………………………………………………………..

**En signant ce document, j’atteste avoir pris connaissance des Conditions générales et les accepte.**

Date : ……………………………………………. Signature : ……………………………………………………………....

**FREQUENTATION** Dès le ………………………………(rempli par la structure)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** |
| **Journée entière**7h00 - 18h30 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Demi-journée**7h00 - 12h00  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Demi-journée**13h15-18h30 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **2/3 journée**7h00 - 13h15  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **2/3 journée**11h00 - 18h30 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]