

**INSCRIPTION 2024 - 2025**

**ENFANT**

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

**PARENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARENT 1** | **PARENT 2** |
| Nom ………………………………………………….. | 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 : O oui (certificat médical) O nonSi oui, lesquels : ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Troubles diagnostiqués : O oui O non - Si oui, lesquels : ………………………………………………………… |
| Maladies infantiles déjà eues : O varicelle O scarlatine O rougeole O oreillons O rubéole |
| Allergies ou intolérances à certains médicaments : O oui O non - Si oui, lesquelles : ………………………… |
| Sujetà l’une de ces maladies : O épilepsie O spasme du sanglot O otite O faux croup  O asthme O eczéma |

**AUTORISATION**

|  |
| --- |
| En cas de chute, peut-on lui donner des granules d’Arnica ? O oui O non  |
| En cas de forte fièvre, peut-on lui donner du Dafalgan en sirop ? O oui O non |
| En cas de rougeurs, peut-on lui appliquer une crème d’érythème fessier ? O oui O non |
| En cas de douleurs dentaires, peut-on lui appliquer du gel dentition aux plantes ? O oui O non |
| Acceptez-vous que votre enfant fasse des promenades à l’extérieur avec le personnel éducatif ? O oui O 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**7h-18h30 |  |  |  |  |  |
| **Demi-journée**7h-12h  |  |  |  |  |  |
| **Demi-journée**13h15-18h30 |  |  |  |  |  |
| **2/3 journée**7h-13h15  |  |  |  |  |  |
| **2/3 journée**11h-18h30 |  |  |  |  |  |