

**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 : ………………………………………………… |
| Degré scolaire : …………………………………………………………………………………………………………………... |

**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 : [ ]  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 |

|  |
| --- |
| **Personnes atteignables en cas d’urgence (par ordre de priorité) :** |
| Nom et prénom : ……………………………………………………………… Tél. : ……………………………………… |
| Nom et prénom : ……………………………………………………………… Tél. : ……………………………………… |
| Nom et prénom : ……………………………………………………………… Tél. : ……………………………………… |

|  |
| --- |
| 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** |
| **Période matin**07h00 - 8h10 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Période midi**11h30 - 13h30 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Période soir**16h00 - 18h30 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **1/2 journée**07h00 - 11h30 |  |  |[ ] [ ]   |
| **1/2 journée**13h30 - 18h30 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **2/3 journée**07h00 - 13h40 |  |  |[ ] [ ]   |
| **2/3 journée**11h00 - 18h30 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Journée** 07h00 - 18h30 |  |  |[ ] [ ]   |