

**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)  non  Si 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 |  |  |  |  |  |