



INSCRIPTION 2025 - 2026

ENFANT

Nom	Prénom
Date de naissance	Nationalité
Langues parlées à la maison	Tél. en cas d'urgence
L'enfant vit avec : <input type="checkbox"/> ses parents <input type="checkbox"/> sa mère <input type="checkbox"/> son père <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> oui (certificat médical) <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels :
Troubles diagnostiqués : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Si oui, lesquels :
Maladies infantiles déjà eues : <input type="checkbox"/> varicelle <input type="checkbox"/> scarlatine <input type="checkbox"/> rougeole <input type="checkbox"/> oreillons <input type="checkbox"/> rubéole
Allergies ou intolérances à certains médicaments : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Si oui, lesquelles :
Sujet à l'une de ces maladies : <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> spasme du sanglot <input type="checkbox"/> otite <input type="checkbox"/> faux croup <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> eczéma

AUTORISATION

En cas de chute, peut-on lui donner des granules d'Arnica ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
En cas de forte fièvre, peut-on lui donner du Dafalgan en sirop ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
En cas de rougeurs, peut-on lui appliquer une crème d'érythème fessier ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
En cas de douleurs dentaires, peut-on lui appliquer du gel dentition aux plantes ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Acceptez-vous que votre enfant fasse des promenades à l'extérieur avec le personnel éducatif ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> 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					