

**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)  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 |
| 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 |  |  |  |  |  |