

**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 : .....	
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 : <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="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
En cas de forte fièvre, peut-on lui donner du Dafalgan en sirop ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Personnes atteignables en cas d'urgence (par ordre de priorité) :</b>	
Nom et prénom : .....	Tél. : .....
Nom et prénom : .....	Tél. : .....
Nom et prénom : .....	Tél. : .....

<b>Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :</b>	
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 souhaitée dès le .....

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<b>Période matin</b> 07h00 - 8h10	<input type="checkbox"/>				
<b>Période midi</b> 11h30 - 13h30	<input type="checkbox"/>				
<b>Période soir</b> 16h00 - 18h30	<input type="checkbox"/>				
<b>1/2 journée</b> 07h00 - 11h30			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>1/2 journée</b> 13h30 - 18h30	<input type="checkbox"/>				
<b>2/3 journée</b> 07h00 - 13h40			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2/3 journée</b> 11h00 - 18h30	<input type="checkbox"/>				
<b>Journée</b> 07h00 - 18h30			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	