

• **ENFANT**

Nom : _____ Degré scolaire : _____
 Prénom : _____ Enseignante : _____
 Adresse : _____ Date de naissance : _____
 _____ Langue maternelle : _____

• **ACCUEIL, MON ENFANT VIENDRA...**

INFORMATION : l'AES débutera le lundi suivant la date de rentrée !!

Cochez les jours et plages horaires comme suit :

X = régulièrement

? = occasionnellement

	Lundi			Mardi			Mercredi			Jeudi			Vendredi		
	1-2H	3-4H	5-8H	1-2H	3-4H	5-8H	1-2H	3-4H	5-8H	1-2H	3-4H	5-8H	1-2H	3-4H	5-8H
06h30 à 08h15															
08h15 à 11h30															
11h30 à 13h30															
13h30 à 15h30															
15h30 à 18h00															
15h30 à 17h00															

• **URGENCES, QUI CONTACTER EN CAS DE NÉCESSITÉ ?**

Nom, prénom : _____ Tél privé : _____
 Lien de parenté : _____ Portable : _____

Personne de 2^{ème} contact

Si votre enfant devait oublier de se rendre à l'Accueil extrascolaire alors que vous n'êtes pas à la maison, chez qui serait-il susceptible de se rendre ? Exemple : voisin, famille, maman de jour, etc.

Nom, prénom : _____ Portable : _____

• **SANTÉ DE L'ENFANT**

Allergies / régime alimentaire particulier : _____
 Prescriptions médicales : _____
 Nom, prénom, tél. du médecin : _____
 Nom de la caisse maladie : _____

En cas de choc, par exemple une chute, acceptez-vous l'administration du médicament homéopathique « les granules d'arnica » à votre enfant ?

Oui

Non

Toute autre médication se pratique uniquement sous votre autorisation.

En cas d'urgence médicale durant les heures d'accueil de l'école maternelle, les parents seront appelés en premier lieu. Si nécessaire, il sera fait appel à un médecin ou à une ambulance, celle-ci aux frais des parents.

• RENSEIGNEMENT SUR LE **PERE**

AUTORITÉ PARENTALE

OUI

NON

Nom, prénom : _____

Etat civil : _____

Adresse : _____

Tél. privé : _____

Tél. portable : _____

e-mail : _____

Tél. professionnel : _____

• RENSEIGNEMENT SUR LA **MERE**

AUTORITÉ PARENTALE

OUI

NON

Nom, prénom : _____

Etat civil : _____

Adresse : _____

Tél. privé : _____

Tél. portable : _____

e-mail : _____

Tél. professionnel : _____

• L'ENFANT VIT CHEZ...

ses parents

son père

sa mère

Autre, précisez...

Nom : _____

Type de relation : _____

Prénom : _____

Tél. portable : _____

• RENSEIGNEMENT POUR LA **FACTURATION**

PÈRE

MÈRE

AUTRE, précisez...

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Nous vous prions de joindre au dossier les attestations suivantes, sans quoi l'inscription ne sera pas prise en compte :

1 formulaire d'inscription complet par enfant

1 certificat de salaire annuel, 2 mensuels intermédiaires si nécessaire, déclaration d'impôts pour les indépendants

Règles de vie signée

*Nous vous informons que les enfants doivent être assurés par une RC privée et une assurance accident.
 La commune tiendra compte des habitants vivant sous le même toit pour déterminer la subvention.*

Par leur signature, le(s) parent(s) déclare(nt) accepter le règlement communal concernant l'accueil extrascolaire et le règlement d'application communal concernant l'accueil extrascolaire.

Si inscription à l'accueil vacances, nous autorisons la transmission d'une copie de ce formulaire à la structure qui gère l'accueil vacances.

Date

Signature des parents

OU

Signature du représentant légal
