

• **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															
<b>11h30 à 13h30</b>															
13h30 à 15h30															
<b>15h30 à 18h00</b>															
<b>15h30 à 17h00</b>															

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

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Tél privé : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**Personne de 2<sup>ème</sup> 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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_