

**ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Degré scolaire : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Enseignant(e) : \_\_\_\_\_  
 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
<b>06h45 à 08h00</b>															
<b>11h30 à 13h30</b>							X	X	X						
<b>15h15 à 18h00</b>							X	X	X				X	X	X
<b>15h15 à 17h00</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

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

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

• RENSEIGNEMENTS SUR LE **PERE**

AUTORITÉ PARENTALE

OUI

NON

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Etat civil : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

• RENSEIGNEMENTS 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 : \_\_\_\_\_

• RENSEIGNEMENTS 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 signées

*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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_