

Accueil Extrascolaire Chatorny

**BULLETIN D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE .....**

Je souhaite inscrire mon enfant à l'accueil extrascolaire Chatorny

dès le -----

**INFORMATION SUR L'ENFANT**

<b>Nom / Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Adresse de l'enfant</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Nationalité</b>	
<b>Langue maternelle</b>	
<b>Eventuellement autre langue</b>	

**FRERES ET SOEURS**

<b>Prénom</b>	<b>Né (e) le</b>

**ASSURANCE-SANTE**

<b>Médecin-traitant téléphone</b>	
<b>Assurance-maladie/Accident</b>	
<b>Suivi des vaccins</b>	<input type="checkbox"/> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b>

<b>Assurance RC obligatoire</b> <b>Nom : .....</b>	<b>No police :</b> <b>.....</b>
-------------------------------------------------------	------------------------------------

**INFORMATIONS SCOLAIRES**

Nom de l'enseignant (e)	
Téléphone	
Classe	
Lieu de l'école	

**MEDICAMENTS/ MALADIE**

Souffre-t-il d'une maladie particulière, si oui, laquelle ?	
Est-il actuellement sous traitement médical, si oui, lequel ?	
Présente-t-il des allergies, si oui, lesquelles ?	
Suit-il un régime alimentaire particulier, si oui, lequel ?	
Autorisez-vous la prise d'arnica ?	

**L'accueil décline toute responsabilité au cas où les points ci-dessus ne devaient pas être remplis de manière complète**

**Facultatif** : autres renseignements susceptibles de favoriser la prise en charge de l'enfant (situation perturbante, problème relationnel, phobies, conflits,...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### FREQUENTATION SOUHAITEE

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Unité 1 = Matin	07h00-08h00					
Unité 2 = Matinée	08h00-11h30					
Unité 3 = Midi	11h30-13h30					
Unité 4 = Après-midi	13h30-15h30					
Unité 5 = Soir	15h30-18h30					

**Pour les enfants inscrits irrégulièrement, les parents s'engagent à fournir au plus vite les unités d'accueil souhaitées**

Taux d'activité et lieu de travail de Monsieur : .....

Taux d'activité et lieu de travail de Madame : .....

### TRAJETS

Comment l'enfant rentre-t-il à la maison après l'accueil ?

<b>Accompagné, veuillez fournir les noms, prénoms et téléphones des personnes venant chercher votre enfant à l'accueil</b>	
<b>Seul, veuillez nous fournir avec l'inscription une autorisation pour que votre enfant rentre seul</b>	

### AUTORISATIONS PARTICULIERES

Nous autorisons notre enfant à être photographié par le personnel de l'AES lors de certaines activités. Ces photos ne seront diffusées que sur le site de notre cercle scolaire

- oui  
 non

Nous autorisons des sorties (promenades, activités en forêt) sous surveillance du personnel de l'accueil

- oui  
 non

En ce qui concerne la série de mesures prévues par la Confédération en cas d'accident majeur survenant dans une centrale nucléaire, j'autorise l'AES à donner un comprimé d'iodure de potassium 65 correspondant aux enfants.

- oui  
 non

**En cas d'absence de l'enfant, les parents avertissent au plus vite le personnel de l'accueil et transmettent les informations sur toutes les sorties scolaires prévues le plus tôt possible.**

## INFORMATIONS SUR LE OU LES PARENTS

### Représentant (s) légal (aux) :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Vit avec l'(les) enfant (s) oui / non

Adresse et domicile \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone portable \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Vit avec l'(les) enfant (s) oui / non

Adresse et domicile \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone portable \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_

### Situation familiale, si représentants légaux non mariés

Concubin, nom et prénom du conjoint \_\_\_\_\_

No AVS \_\_\_\_\_

Famille monoparentale Pension alimentaire reçue oui / non

Garde partagée

### Personne (s) à contacter en cas de nécessité ou d'urgence :

---

---

---

---

Pour les enfants de parents divorcés ou séparés, qui a le droit de venir chercher l'enfant :

---

---

---

---

Le formulaire est à retourner à :

Accueil extrascolaire Chatorny, Pré d'Avau 1, 1748 Torny-le-Grand

Remarques et souhaits :

**Le/la soussigné(e) confirme avoir pris connaissance des conditions et règlement de l'accueil et certifie que les renseignements fournis sont exacts et s'engage à s'acquitter de ses factures dans les 30 jours.**

**De plus, il/elle autorise le personnel de l'accueil à informer les enseignants de leur enfant de ses heures de présence à l'accueil, à des fins de coordination.**

Lieu et date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_