



Veillez remplir ce formulaire RECTO-VERSO en LETTRES MAJUSCULES.

L'ENFANT

Nom de l'enfant: Prénom:

Date de naissance:

Origine:

Allergies, régimes, habitudes particulières:

Nom du médecin de l'enfant :

Téléphone du médecin de l'enfant:

Adresse du médecin de l'enfant:

Assurance maladie et accident:

LES PARENTS, LE REPRESENTANT LEGAL

Noms et prénoms des parents:

Adresse des parents (où seront envoyés les différents documents administratifs):

Rue: N°:

Code postale: Ville ou village:

Tél. privé:

Tél. prof./natel mère: Tél. prof./natel père:

Adresse e-mail:

Employeur de la mère:

Employeur du père:

LA FREQUENTATION

Cochez ce qui convient et précisez le mois où l'enfant commencerait à fréquenter le Jardin d'enfants.

	Choix prioritaire		Choix de réserve	
	matin	après-midi	matin	après-midi
lundi	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de
mardi	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de
mercredi	<input type="checkbox"/> dès le mois de		<input type="checkbox"/> dès le mois de	
jeudi	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de
vendredi	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de	<input type="checkbox"/> dès le mois de

MALADIE ET ACCIDENT

MALADIE:

Les enfants malades ne peuvent pas être accueillis dans une collectivité de jeunes enfants. Les parents s'engagent à trouver une solution pour garder l'enfant à la maison.

ACCIDENT OU MALADIE SUBITE:

Le personnel éducatif prend toutes les mesures adéquates immédiatement. Il avertit les parents dans les délais les plus courts. Notre médecin est le Dr. Krayenbühl à Mézières. En cas d'accident, le lieu d'accueil fournira un rapport écrit décrivant clairement dans quelles circonstances l'accident s'est produit afin que les parents puissent intervenir auprès de leur assurance accident privée.

Sauf avis contraire de votre part sur la présente, nous considérons que vous acceptez, lors de contusions ou de piqûres d'insectes, que les éducatrices administrent par voie orale, des granules homéopathiques (Arnica Montana 5CH, Apis Mellifica 5CH) à votre enfant.

INFORMATIONS DIVERSES

Nom et téléphone de la personne qui viendra chercher l'enfant:

.....
.....

ABSENCE IMPREVUE DES PARENTS:

Nom et téléphone d'une personne connaissant bien l'enfant. Cette personne est autorisée à venir chercher l'enfant qui devrait quitter le lieu d'accueil.

.....

SITE INTERNET www.ptitsloups.ch:

Acceptez-vous que des photos (Fête de Noël, Course d'école, Fête de fin d'année, etc) sur lesquels apparaît votre enfant figurent temporairement sur le site internet:

OUI, j'accepte NON, je ne le souhaite pas.

FRAIS D'INSCRIPTION: Fr 30.- par année scolaire. Les parents deviennent membres actifs de l'Association du Jardin d'enfants.

Les parents certifient que les renseignements donnés sont conformes à la réalité.

Remarques des parents :

.....

.....

Lu et accepté, lieu et date :

Signature du/des parents