



Accueil ExtraScolaire
p.a Mme Corinne Ducrest
Rte du Levant 14
1726 Farvagny

Inscription définitive d'un enfant (Remplir un formulaire par enfant)

Nom et prénom de l'enfant :.....
Date de naissance :.....
Domicile :.....
Langue maternelle :.....
Enseignant/e et classe:.....

Plages horaires souhaitées

- dès la rentrée**
 autre date (précisez svp).....

Mon enfant fréquentera l'Accueil

- de manière régulière** (toutes les semaines de la même façon)
 de manière irrégulière (mes horaires changeant chaque mois, je l'inscrirai à l'Accueil selon mes horaires. Je m'engage à vous informer de mes horaires dès qu'ils me seront connus en vous faisant parvenir la grille-horaire que je recevrai à cet effet).

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin (07h00-08h00)					
Matinée (08h00-11h40)	---				
Midi (11h40-13h40) avec repas					
Après-midi (13h40-15h20)					
Après école (15h20 à 18h30)					

Veuillez cocher la/les case/s correspondant aux plages horaires souhaitées pour votre enfant.

Renseignements personnels (ces renseignements seront traités de manière confidentielle)

Renseignements concernant les parents / membre actif

Nom du père	:	.....	Nom de la mère	:	.....
Prénom	:	.....	Prénom	:	.....
Etat civil	:	.....	Etat civil	:	.....
Domicile	:	.....	Domicile	:	.....
No de tél. privé	:	.....	No de tél. privé	:	.....
No de tél. professionnel	:	.....	No de tél. professionnel	:	.....
Adresse e-mail	:	.....	Adresse e-mail	:	.....

Qui contacter en cas de nécessité et/ou d'urgence ?

Nom	:	.....	No de tél. privé	:	.....
Prénom	:	.....	Natel	:	.....
Lien avec l'enfant	:	.....	No de tél. professionnel	:	.....

Renseignements sur la santé de l'enfant inscrit

(cocher la case correspondante)

Souffre-t-il d'une maladie particulière oui non
Si oui, laquelle ?.....

Présente-t-il des allergies (alimentaires ou autres) ? oui non
Si oui, lesquelles ?.....

Suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non
Si oui, lequel ?.....

Nom, adresse et tél. du médecin traitant :
.....

Caisse-maladie et son siège :
.....

Assurance-accident et son siège :
.....

En cas de nécessité, il sera fait appel, en principe, au Dr. Ducrest de Farvagny.

Adresse pour l'envoi de la facture (si ne peut être remise de main à main)

Nom :..... Prénom :.....

Domicile :.....

Autorisation de déplacements pour l'enfant

Ecole primaire de Farvagny-Accueil et retour

(cocher la case correspondante)

- Mon enfant doit être pris en charge de l'école primaire de Farvagny à l'Accueil et retour par une personne de l'Accueil.

- Dès la 3P, mon enfant effectuera les trajets de l'école primaire de Farvagny à l'Accueil et retour par ses propres moyens, déchargeant ainsi l'Accueil et son personnel de toute responsabilité à ce sujet.

Note: le Pedibus est obligatoire à midi pour tous les enfants

Accueil-maison

(cocher la case correspondante)

- Mon enfant effectuera les trajets de l'Accueil à la maison par ses propres moyens.

- Mon enfant sera pris en charge de l'Accueil à la maison par.....

J'ai pris connaissance des conditions de l'Accueil et je certifie que les renseignements donnés sont exacts. De plus, j'autorise le personnel de l'Accueil à informer les enseignants de mon enfant de ses heures de présence à l'Accueil (à des fins de coordination).

.....
Lieu et date

.....
Signature du/des parent/s

✎ **IMPORTANT** ✎

SEULS LES ENFANTS DES MEMBRES ACTIFS DE L'ASSOCIATION SONT ADMIS A FREQUENTER L'ACCUEIL

LES PIECES SUIVANTES DOIVENT ÊTRE JOINTES AU FORMULAIRE D'INSCRIPTION DEFINITIVE :

1. copie de la police d'assurance-maladie
2. copie de la police d'assurance-accident
3. copie de la police d'assurance responsabilité civile
4. copie de l'avis de taxation des parents (ch. 7.91)

**FAUTE DE PRODUCTION DES PIECES N° 1 A 3, L'INSCRIPTION NE SERA PAS PRISE EN COMPTE.
FAUTE DE PRODUCTION DE LA PIECE N° 4, LE TARIF D SERA APPLICABLE.**