



## Fiche d'inscription Jardin d'enfants La Chenille bleue

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom		Prénom	
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse complète			
L'enfant vit avec	<input type="checkbox"/> ses parents <input type="checkbox"/> mère seule <input type="checkbox"/> père seul <input type="checkbox"/> autre : .....		
Fratricie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Si oui, précisez le prénom et l'âge		

### RESPONSABLES LÉGAUX

	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur
Nom		
Prénom		
Profession		
Adresse		
Tel domicile		
Natel		
Adresse mail		

### FRÉQUENTATION SOUHAITÉE

Nombres de demi-journée (min 2 demi-journées/semaine) : .....

**Le tarif pour 2 demi-journées est de 360.- sur 11 mois pour une année complète+ cotisation annuelle à l'association.**

Cocher toutes les options possibles :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin : 8h15 à 12h15					

Inscription souhaitée\* dès le .....

### INFORMATIONS GENERALES

\*Les contrats prennent effet au 1<sup>er</sup> jour du mois, dès l'intégration de l'enfant

Pédiatre de l'enfant	
----------------------	--

Personnes à contacter en cas d'urgence autre que les parents

Nom et prénom	téléphone	Lien avec l'enfant

Personnes autorisées à récupérer l'enfant autre que les parents

Nom et prénom	téléphone	Lien avec l'enfant

Votre enfant présente-t' il un trouble du spectre de l'autisme ou une suspicion de trouble du spectre de l'autisme ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant est-il sujet à des allergies ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particulier ?

<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> convulsions	<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> autre
Si autre, précisez :			

Quelles sont les mesures d'urgence à prendre ? Comment agir/réagir ?

Votre enfant prend-il des médicaments régulièrement ?

oui

non

Si oui, précisez :

Quelles sont les effets secondaires possibles ?

#### Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures organisées par le jardin d'enfants

Signature du parent : .....Date : .....

J'autorise la responsable du jardin d'enfants à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour la santé et la sécurité de mon enfant.

Y a-t-il des dispositions à prendre en cas d'urgence (ambulance, hôpital, premiers soins)? Si oui, lesquelles?

.....  
.....

Signature du parent : .....Date : .....

J'autorise le jardin d'enfants à photographier notre enfant. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage interne du jardin d'enfants.

Signature du parent : .....Date : .....

#### Remarques éventuelles

Date :

Signature :

A retourner par courrier à La Chenille bleue, Avenue de la Gare 7, 1814 La Tour-de-Peilz ou par mail [contact@lachenillebleue.ch](mailto:contact@lachenillebleue.ch)