



Formulaire d'inscription AES Année scolaire 2019-2020

COMPLÉTER UN FORMULAIRE PAR ENFANT

ENFANT

Nom : Date de naissance :

Prénom : Langue maternelle :

Domicile :

Pour l'année 2018-2019 :

Enseignant/e :

Classe suivie :

Plages horaires souhaitées :

Dès la rentrée scolaire 2019-2020

Autre date :

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 besoins; je m'engage à vous informer de mes horaires au plus tard le 15 du mois précédent).

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin (1)	06h30-08h15					
Matin (2)	08h15-10h15					
Matin (3)	10h15-11h55					
Midi	11h55-13h45					
Après-midi (1)	13h45-15h35					
Après-midi (2)	15h35-17h00					
Après-midi (3)	17h00-18h30					

Veuillez cocher les cases correspondant aux plages horaires souhaitées pour votre enfant.

➔ Pour qu'une plage soit ouverte, il est nécessaire qu'au moins trois enfants soient inscrits.

A la fin de la garde AES, les enfants doivent être recherchés par le(s) parent(s) ou une personne désignée par lui (eux). Une décharge écrite doit être signée par le(s) parent(s) s'il(s) souhaite(nt) que leur enfant rentre par ses propres moyens à la maison.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Confidentialité garantie)

Renseignements concernant les parents / représentants légaux

Nom du père :	.....	Nom de la mère :	.....
Prénom :	.....	Prénom :	.....
Etat civil :	.....	Etat civil :	.....
Rue, numéro :	.....	Rue, numéro :	.....
NPA, localité :	.....	NPA, localité :	.....
Tél. privé :	.....	Tél. privé :	.....
Tél. professionnel :	.....	Tél. professionnel :	.....
Adresse e-mail :	.....	Adresse e-mail :	.....
Autorité parentale :	<input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père		

Qui contacter en cas de nécessité et/ou urgence ?

Nom :	.....	Tél. privé :	.....
Prénom :	.....	Tél. professionnel :	.....
Lien avec l'enfant :	.....	Mobile :	.....

Renseignements sur la santé de l'enfant inscrit

Souffre-t-il d'une maladie particulière ? oui non

Si oui, laquelle ?

Est-il actuellement sous traitement médical ? oui non

Si oui, lequel ?.....

Présente-t-il des allergies ? oui non

Si oui, lesquelles?

Suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non

Si oui, lequel ?.....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....

Caisse maladie, son siège et le numéro d'assuré :

.....

Assurance-accident et son siège :

.....

Photographies

J'/Nous accepte/ons que mon/notre enfant soit photographié par le personnel de l'AES lors de certaines activités. Ces photographies restent la propriété de l'accueil et seront consignées dans un album.

oui non

Facultatif : autres renseignements susceptibles de favoriser la prise en charge de l'enfant (problème relationnel, conflit, ...).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le formulaire est à renvoyer auprès de l'administration communale de Cheyres-Châbles.

Vous recevrez la confirmation d'inscription de votre enfant dans le courant du mois de juin. Pour les périodes d'alternance (chez les 3-4 H), elles seront confirmées dès qu'elles seront connues.

J'ai/nous avons pris connaissance des conditions de l'accueil et du règlement consultable sur le site internet de la commune de Cheyres-Châbles et je/nous certifie/certifions que les renseignements donnés sont exacts.

De plus, j'autorise/nous autorisons 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(s) :