

## Accueil Extrascolaire Chatorny

### BULLETIN D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE (nouvelle inscription)

.....

*Art.4. Chaque inscription n'est valable que pour l'année scolaire en cours. Elle doit être renouvelée pour chaque année 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>Langue maternelle</b>           |  |
| <b>Eventuellement autre langue</b> |  |

#### FRERES ET SOEURS

| <b>Prénom</b> | <b>Né (e) le</b> |
|---------------|------------------|
|               |                  |
|               |                  |
|               |                  |

#### ASSURANCE-SANTE

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

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

**INFORMATIONS SCOLAIRES**

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

**MEDICAMENTS/ MALADIE**

|  |  |
|--|--|
| Souffre-t-il/elle d'une maladie particulière,<br>si oui, laquelle ?    |  |
| Est-il/elle actuellement sous traitement<br>médical, si oui, lequel ?  |  |
| Présente-t-il/elle des allergies,<br>si oui, lesquelles ?              |  |
| Suit-il/elle un régime alimentaire<br>particulier,<br>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 et correcte.**

**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 | 13h30-15h15 |       |       |          |       |          |
| Unité 5 = Soir       | 15h15-18h30 |       |       |          |       |          |

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

Il est possible pour la dernière unité de l'après-midi de venir chercher votre enfant avant 18h30. Si tel est votre souhait, merci de nous l'indiquer et la facturation sera adaptée en fonction (par quart d'heure). **Pour des raisons d'organisation, l'heure que vous mentionnerez fera foi pour toute l'année scolaire.**

Oui, je viens chercher mon enfant plus tôt, à ..... h

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

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

*Art.7. Les placements irréguliers sont également acceptés pour autant que les horaires soient transmis un mois à l'avance. Une inscription en cours d'année scolaire ou pour une durée déterminée est possible selon les mêmes modalités que pour une inscription annuelle.*

**Art. 2. La résiliation ou modification de l'inscription se fait un mois à l'avance pour la fin d'un mois et par écrit à la responsable de l'Accueil. Toutes les participations financières demeurent dues dans le même délai.**

## 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><br><i>Art.3. Une décharge devra être signée par les parents pour les déplacements entre l'école et l'Accueil pour les enfants à l'école enfantine, s'ils ne désirent pas de surveillance de la part du personnel de l'Accueil.</i> |  |

## 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**

**Si votre enfant « rait » le bus l'amenant à l'AES, autorisez-vous un enseignant ou un membre du personnel de l'AES à le prendre dans un véhicule privé (avec un « réhausseur » si nécessaire)**

- 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'enfant      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 \_\_\_\_\_

Famille monoparentale

Pension alimentaire reçue      oui / non

Garde partagée

**Autorités parentales :**

Conjointes (les deux)

Papa

Maman

**Les informations écrites concernant des particularités de l'accueil sont-elles à transmettre à :**

Papa

Maman

Les deux

**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 c/o Patricia LOUP, Rte de Torny-le-Petit 83, 1749 Middel

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 (tous les documents sont à disposition sur le site des communes et celui de l'école)**

**Et s'engage, après réception, à s'acquitter de ses factures dans les 30 jours.**

*Art 2. En cas de non-paiement, la Commission de l'Accueil est compétente pour prendre toutes les mesures utiles, notamment introduire des poursuites et/ou exclure l'enfant de l'Accueil. Sauf en cas de séparation judiciaire ou de divorce, les deux parents répondent solidairement du paiement du placement.*

**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 \_\_\_\_\_