**Demande d’inscription pour membres et non-membres AES**

**(délai d’inscription 30 juin 2020)**

*Avant toute demande d’inscription, il est impératif de prendre connaissance du règlement de l’accueil extrascolaire ET de l’annexe se référant à l’accueil durant les vacances scolaires. Ces documents se trouvent sur le site internet de La Courte Echelle.*

Formulaire à remplir consciencieusement, idéalement par informatique. L’imprimer, le signer et l’envoyer par courrier à l’adresse suivante : **Association La Courte Echelle, Case postale 10, 1625 Sâles** ou par mail une fois signé et scanné, à [**inscription@aes-lacourteechelle.ch**](mailto:inscription@aes-lacourteechelle.ch)**.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarifs** | de 7 à 8h et de 17 à 18h | CHF 7.-- / heure |
| de 8 à 17h | CHF 90.— (repas et goûter compris) |
| le 3ème enfant inscrit dans la même fratrie bénéficie d’un rabais de 25%. | |
| des frais de transport ou de billets d’entrée occasionnés pendant d’éventuelles excursions seront facturés en supplément du tarif de garde (max. CHF 20.--). | |

**Enfant 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | Prénom : | | | | Date naissance : | | |
| **Horaire** | **Lundi 17.8** | **Mardi 18.8** | | **Mercredi 19.8** | **Jeudi 20.8** | **Vendredi 21.8** | | **Lundi 24.8** | **Mardi 25.8** |
| **7-8h** |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **8-17h** |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **17-18h** |  |  | |  |  |  | |  |  |

**Enfant 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | Prénom : | | | | Date naissance : | | |
| **Horaire** | **Lundi 17.8** | **Mardi 18.8** | | **Mercredi 19.8** | **Jeudi 20.8** | **Vendredi 21.8** | | **Lundi 24.8** | **Mardi 25.8** |
| **7-8h** |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **8-17h** |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **17-18h** |  |  | |  |  |  | |  |  |

**Enfant 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | Prénom : | | | | Date naissance : | | |
| **Horaire** | **Lundi 17.8** | **Mardi 18.8** | | **Mercredi 19.8** | **Jeudi 20.8** | **Vendredi 21.8** | | **Lundi 24.8** | **Mardi 25.8** |
| **7-8h** |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **8-17h** |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **17-18h** |  |  | |  |  |  | |  |  |

**Enfant 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | Prénom : | | | | Date naissance : | | |
| **Horaire** | **Lundi 17.8** | **Mardi 18.8** | | **Mercredi 19.8** | **Jeudi 20.8** | **Vendredi 21.8** | | **Lundi 24.8** | **Mardi 25.8** |
| **7-8h** |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **8-17h** |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **17-18h** |  |  | |  |  |  | |  |  |

**Mère Père**

Nom :       Nom :

Prénom :       Prénom :

Adresse :       Adresse si différente de la mère:

     

N° tél. privé :       N° tél. privé :

N° portable :       N° portable :

N° tél. professionnel :       N° tél. professionnel :

Adresse email :       Adresse email :

**Facturation**

Adresse email pour l’envoi de la facture :

Je ne dispose pas d’adresse email :

**Prise en charge**

L’enfant rentre seul :  oui  non

Si les parents sont absents, quelle(s) personne(s) est/sont autorisée(s) à amener et/ou venir rechercher l’enfant ?

1. Nom, prénom :       Tel :
2. Nom, prénom :       Tel :

**Informations médicales**

Votre enfant souffre-t-il d’une maladie particulière ?  oui  non

Si oui, précisez :

Votre enfant souffre-t-il d’allergie ?  oui  non

Si oui, précisez quelle(s) allergie(s) + traitement :

Suit-il un régime particulier ?  oui  non

Remarques :

En tant que représentant légal de mon/mes enfant(s), j’autorise les animatrices de l’AES à :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| * appliquer de l’eau oxygénée pour désinfecter une éventuelle plaie sur mon/mes enfant(s) |  |  |
| * appliquer de la crème désinfectante Vita Hexin (équivalent Vita Merfen) sur une éventuelle plaie de mon/mes enfant(s) |  |  |
| * appliquer du Fenistil Gel sur les éventuelles démangeaisons et brûlures légères de mon/mes enfant(s) |  |  |
| * appliquer du Fenipic sur les éventuelles piqures de mon/mes enfant(s) |  |  |
| * donner si besoin à mon/mes enfant(s) de l’Arnica en globules homéopathiques (à avaler) |  |  |
| * donner si besoin à mon/mes enfant(s) de l’Arnigel pour les bosses et autres contusions |  |  |
| * administrer régulièrement un médicament spécifique à mon enfant selon la posologie suivante : | | |

**Contact d’urgence**

Nom, prénom, n° de téléphone :

**Autorisation**

J’autorise les animatrices à prendre des photos de mon enfant et à les utiliser dans le cadre des activités de l’AES ainsi que pour le site internet :  oui  non

Nous vous prions de prendre note que le fait de remplir une inscription ne garantit pas une place.

L’inscription de l’enfant implique que les représentants légaux acceptent le règlement de l’association et l’annexe concernant l’accueil durant les vacances scolaires.

**Nom et signature d’un représentant légal :**

Nom :………………………………………… Signature :……………………………………………..