**Demande d’inscription 2020-2021 (délai 15 juin 2020)**

Formulaire à remplir consciencieusement, idéalement par informatique. Puis l’imprimer, le signer et l’envoyer par courrier à l’adresse suivante : **Association La Courte Echelle, Case postale 10, 1625 Sâles**

**Enfant 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : | | Date naissance : |
| Sexe :  M  F | Site : | | Classe : | L’enfant vit chez : |

**Enfant 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : | | Date naissance : |
| Sexe :  M  F | Site : | | Classe : | L’enfant vit chez : |

**Enfant 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : | | Date naissance : |
| Sexe :  M  F | Site : | | Classe : | L’enfant vit chez : |

**Enfant 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : | | Date naissance : |
| Sexe :  M  F | Site : | | Classe : | L’enfant vit chez : |

**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 :

Etat civil :       Etat civil :

Employeur :       Employeur :

En cas de situation de parents divorcés, si le parent qui a la charge de l’enfant (des enfants) vit en concubinage, indiquer ici les détails du concubin ou de la concubine.

Nom :       Prénom :

N° portable :       Adresse email :

**Facturation**

Adresse email pour l’envoi des factures :

Je ne dispose pas d’adresse email :

**Type de fréquentation :**

régulière (enfant inscrit avec des jours fixes pendant la semaine et ce pour toute l’année scolaire)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | matin | matin | midi | après-midi | | |
|  | 7h00-8h00\* | 8h00- 11h45\* | 11h45- 13h30 | 13h30-  15h30\* | Jusqu’à 17h30 | Jusqu’à 18h30 |
| Lundi | Enfant 1 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 2 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 3 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 4 |  |  |  |  |  |  |
| Mardi | Enfant 1 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 2 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 3 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 4 |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi | Enfant 1 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 2 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 3 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 4 |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi | Enfant 1 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 2 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 3 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 4 |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi | Enfant 1 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 2 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 3 |  |  |  |  |  |  |
| Enfant 4 |  |  |  |  |  |  |

*\*Ces plages horaires ne pourront être proposées que si le minimum d’inscriptions requis est atteint.*

irrégulière

Si votre enfant (vos enfants) fréquente(nt) l’AES de manière irrégulière (par exemple pour les parents qui ont des horaires de travail irréguliers), merci de bien vouloir donner quelques précisions (estimation de la fréquentation mensuelle, jour particulier, etc.)

**Prise en charge**

L’enfant rentre seul :  oui  non

Si vous autorisez votre enfant à venir/rentrer seul, merci d’indiquer à quel trajet vous vous référez (matin – midi – après-midi) et l’heure à laquelle l’enfant doit quitter l’AES :

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

1. Nom, prénom :       N° tél privé :

N° portable :

1. Nom, prénom :       N° tél privé :

N° portable :

**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 à l’AES (cf art. 2.4 du règlement). Veuillez également noter que tout changement d’inscription fixe est à notifier au Comité, au moyen du présent formulaire, 1 mois à l’avance pour le début du mois concerné.

L’inscription de l’enfant implique que les représentants légaux adhèrent automatiquement à l’association « La Courte Echelle », et par voie de conséquence l’acceptation du règlement de l’association.

Cette inscription est uniquement valable pour l’année scolaire mentionnée au début du document.

**Selon le règlement, la résiliation peut se faire moyennant un préavis de trois mois.**

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

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