



PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL (2 personnes de contact)

Répondant 1 : Nom ..... Prénom .....

N° de téléphone : ..... Profession : .....

Répondant 2 : Nom ..... Prénom .....

N° de téléphone : ..... Profession : .....

Facturation et correspondance :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Mail : .....

ENFANT

Nom ..... Prénom : .....

Date de naissance.....

Adresse : .....

Allergie(s) / régime alimentaire : .....

Lieu d'habitation :

- Commune de l'Abbaye
- Commune du Lieu
- Commune du Chenit

Veillez cocher

TOURNER →



DEMI-JOURNEE(S) SOUHAITEE(S)

Lundi matin

Mardi matin

Mercredi matin

Jeudi matin

Vendredi matin

Lundi après-midi

Mardi après-midi

AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

J'autorise par ma signature ci-dessous le personnel éducatif de la Bouèberie à administrer en cas de besoin les médicaments suivants à mon/mes enfant-s (cochez ce que vous autorisez) :

- Vita-Merfen pommade désinfectante et cicatrisante
- Merfen solution aqueuse pour désinfecter les plaies
- Arnica 9CH en cas de choc
- Liniment pour la toilette du siège (uniquement pour les enfants à changer)
- Dafalgan sirop enfant (nous administrerons du Dafalgan uniquement après un contact téléphonique avec un parent et selon le poids de l'enfant)
- Anti Brumm KIDS

AUTORISATION POUR PRENDRE EN PHOTO VOTRE ENFANT

- J'autorise par ma signature ci-dessous, le personnel éducatif de la Bouèberie à prendre des photos de mon enfant pour une utilisation à l'interne, également pour être partagée avec les familles fréquentant la structure
- Je refuse que le personnel éducatif prenne en photo mon enfant.

AUTORISATION POUR UTILISER VOS NUMERO DE TELEPHONE SUR LES GROUPES WHAT APP DES JOURS DE FREQUENTATION DE VOTRE ENFANT

- J'autorise par ma signature ci-dessous, le personnel éducatif de la Bouèberie à utiliser nos numéros de téléphones pour former des groupes "whatsapp" afin de communiquer certaines informations (nos confidentielles) concernant tous les parents inscrit le jour de fréquentation.

FORMALITES

Le(s) soussigné(s) déclare(nt) avoir pris connaissance du **règlement de la Bouèberie ainsi que des statuts de l'association** et s'engage(nt) à en respecter les dispositions.

Date .....

Nom/prénom : .....

Signature .....

Nom/prénom : .....

Signature .....

Selon vos besoins et à votre demande, l'éducateur(trice) est disponible pour un entretien vous pouvez prendre contact dans un premier temps par téléphone ou e-mail.

La fiche d'inscription est à renvoyer à : [contact@boueberie.ch](mailto:contact@boueberie.ch) ou à rapporter à : « La Bouèberie - Grand-Rue 41 - 1347 Le Sentier.