 **Informations personnelles**

**Afin de garantir une prise en charge adéquate et sécurisée de votre enfant, veuillez nous donner les informations suivantes** (ces informations restent confidentielles).

**Informations liées à l’enfant :**

Nom et prénom : ………………………………………………………

Date de naissance : ……………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..

Langue maternelle / autre langue parlée : …………………………………………………………………………………..

Allergies, maladies, handicaps : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Médicaments et posologie : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Régime spécial, intolérances alimentaires : …………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………

Propreté (utilise les WC) : [ ] Oui / [ ] Non

Peurs particulières / informations importantes : ………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..

Frères et sœurs (prénoms et dates de naissance) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Informations liées aux parents de l’enfant :**

**Maman**

Nom et prénom :.………………………………………………………

Tél. portable : ……….…………………………………………………..

Tél. privé : ……………………………………………………..…….……

Tél. professionnel : ……………………………………………………

Lieu de travail : ………………………………………………………….

Adresse (si différente de l’enfant) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

E-Mail : ……………………………………………………………………..

**Papa**

Nom et prénom : ………………………………………………………

Téléphone portable : …………………………………………………

Téléphone privé : ………………………………………………………

Téléphone professionnel : …………………………………………

Lieu de travail : ………………………………………………………….

Adresse (si différente de l’enfant) : ………………………………………………………………………………….…….…………………………………………………………………………….

E-Mail : ……………………………………………………………………

**Informations liées aux personnes de contact en cas d’absence des parents :**

**1**

Nom et prénom : ………………………………………………………

Tél. portable / privé : ………………….… / …………..………..…

Adresse : ………………………………………………………………...........................................................................................................

Lien avec l’enfant (grand-parent, voisin, ami, etc.) :

…………………………………………………………………………………

**2**

Nom et prénom : ………………………………………………………

Tél. portable / privé : ………………….… / …………..………..…

Adresse : ………………………………………………………………...........................................................................................................

Lien avec l’enfant (grand-parent, voisin, ami, etc.) : …………………………………………………………………………………..

**Autorisation transports publics / transport en véhicule privé / transport en tracteur** (point 7.1 du document « Projet pédagogique ») **:**

**J’accepte que mon enfant prenne les transports publics avec le personnel éducatif lors d’éventuels déplacements.**

[ ]  Oui [ ] Non

**J’accepte que mon enfant soit transporté en voiture lors d’éventuels déplacements et accepte de prêter un rehausseur approprié.**

[ ]  Oui [ ] Non

**J’accepte que mon enfant monte dans un tracteur** (assis sur un petit siège adapté à cet effet) **et y face un petit tour avec un adulte.**

[ ]  Oui [ ] Non

**Autorisation rivière** (point 7.2 du document « Projet pédagogique ») **:**

**J’accepte que mon enfant se baigne** (eau jusqu’aux genoux maximum) **dans la petite rivière** (environ 20cm d’eau) **située à proximité des ateliers de jeux à Montsevelier.**

[ ]  Oui [ ] Non

**Autorisation animaux** (point 7.3 du document « Projet pédagogique ») **:**

**J’accepte que mon enfant soit au contact des animaux** (chèvres, poneys, chevaux, poules, lapins, moutons, chiens, chats, cochons, etc.).

[ ]  Oui [ ] Non

**J’accepte que mon enfant monte sur un poney ou un cheval** (avec une bombe ou autre casque).

[ ]  Oui [ ] Non

**J’accepte que mon enfant monte sur une charrette** (petite calèche) **attelé par un poney** (avec une bombe ou autre casque).

[ ]  Oui [ ] Non

**Autorisation photographies** (point 7.4 du document « Projet pédagogique ») **:**

**J’accepte que mon enfant soit pris en photo pour une utilisation interne** (bricolage pour les parents, albums souvenirs, etc.).

[ ]  Oui [ ] Non

**J’accepte que mon enfant soit pris en photo et que celles-ci soient publiées** (page Facebook / Instagram, site internet, flyers publicitaires, article dans le journal, reportage télévisé, etc.).

[ ]  Oui, visage visible [ ]  Oui à conditions que le visage de mon enfant ne soit pas visible (de dos ou visage caché par un émoticône).

**Autorisation groupe WhattsApp** (point 7.5 du document « Projet pédagogique ») :

**A cet effet, voici le ou les numéro(s) de téléphone (uniquement le/s parents) :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **J’accepte d’intégrer le groupe WhatsApp et m’engage à respecter les règles de confidentialité**.

[ ]  **Je refuse d’intégrer le groupe WhatsApp.**

**Autorisation premiers soins « petits bobos »** (point 7.6 du document « Projet pédagogique ») :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médicament / Crème / Produit** | **Oui** | **Non** | **Médicament / Crème / Produit** | **Oui** | **Non** | **Médicament / Crème / Produit** | **Oui** | **Non** | **Médicament / Crème / Produit** | **Oui** | **Non** |
| **Arnica montana 9ch** (granules en cas de blessure) |[ ] [ ]  **Fenistil gel ou roll-on** (en cas de piqûre) |[ ] [ ]  **Sparadraps** |[ ] [ ]  **Dafalgan :** Si fièvre ou fortes douleurs, en attendant que les parents viennent rechercher l’enfant. |[ ] [ ]
| **Arnigel Boiron** (arnica en gel en cas de blessure) |[ ] [ ]  **Spray désinfectant** |[ ] [ ]  **Crème solaire (« NIVEA KIDS »)** |[ ] [ ]  **Cocher la posologie selon le poids de l’enfant :** [ ] 250 mg / [ ] 350 mg / [ ] 500 mg ou [ ] autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Apis Melifica 9ch** (granules en cas de piqûres) |[ ] [ ]  **Crème désinfectante** (bepanthen / merfen) |[ ] [ ]  **Spay anti-tiques (« Anti Brumm KIDS »)** |[ ] [ ]   |

**Je m’engage à communiquer à la personne responsable des ateliers, les éventuels changements dans ces informations.**

**Formulaire à renvoyer à l’une des adresses suivantes :**

Ateliers de jeux « Les Coccinelles »

Clos Leuchu 29, 2828 Montsevelier

info@ateliers-coccinelles.ch

Lieu et date : …………………………………………………………………………………………………………..

Signature du/de la représentant-e légal-e : ……………………………………………………………

Fiche d’inscription – Ateliers « Extraordinaires » - Octobre 2025

Cette présente fiche fait office de contrat.

**Nom et prénom de l’enfant :** ……………………………………………………………………… **Date de naissance :** ……………………………………………………………………………………

# Choix de l’atelier :

[ ]  **Vendredi 10 octobre de 8h30 à 11h30 à Rebeuvelier : *Tarif en CHF : 50.00***

[ ]  **Samedi 25 octobre 2025 de 8h30 à 11h30 à Rebeuvelier : *Tarif en CHF : 50.00***

# Assurances :

Je confirme que mon enfant est au bénéfice d’une :

* Assurance RC, auprès de : ………………………………………. o Assurance maladie / accident, auprès de : ……………………………………

# Confirmations :

* Je confirme avoir pris connaissance des feuilles suivantes se trouvant sur le site internet : « Conditions générales et règlement », « Projet pédagogique » et « Equipements nécessaires » et je m’engage à les respecter.
* Je confirme avoir rempli, signé et retourné à la responsable des Ateliers de jeux la fiche « Informations personnelles » se trouvant également sur le site internet et je m’engage à lui faire part des éventuels changements.

**Lieu et date :** …………………………………………………………………………………

**Signature du/de la représentant-e légal-e :** ………………………………

**Signature de la responsable de l’atelier :** ……………………………………

**Formulaire à renvoyer à l’une des adresses suivantes :**

Ateliers de jeux « Les Coccinelles »

Clos Leuchu 29, 2828 Montsevelier

info@ateliers-coccinelles.ch