**Fiche d’inscription – Ateliers hebdomadaires à Montsevelier**

Cette présente fiche fait office de contrat.

**Nom et prénom de l’enfant :** ………………………………………………………………………….………….

**Date de naissance de l’enfant :** ……………………………………………………………………….………….

**Inscription :**

L’inscription se fait généralement pour une année scolaire **(du 22.08.25 au 03.07.26)**, mais s’il reste de la place, les enfants peuvent être admis en cours d’année.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propositions** | **Vendredi matin** | **Mon choix** *(veuillez mettre une croix à la proposition que vous choisissez)* | **Vendredi après-midi** | **Mon choix** *(veuillez mettre une croix à la proposition que vous choisissez)* |
| **Horaire** | **8h15-11h45** |  | **13h15-16h45** |  |
| **Chaque semaine** | **Tarif mensuel : CHF 150.00** |[ ]  **Tarif mensuel : CHF 150.00** |[ ]
| **1x sur 2** | **Tarif mensuel : CHF 90.00** |[ ]  **Tarif mensuel : CHF 90.00** |[ ]
| **Inscription irrégulière / dépannage** | **Tarif par atelier : CHF 50.00** |[ ]  **Tarif par atelier : CHF 50.00** |[ ]

**Assurances :**

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

* Assurance RC, auprès de : ………………………………………………………………………………………….….….
* 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.

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

Ateliers de jeux « Les Coccinelles »

Clos Leuchu 29

2828 Montsevelier

info@ateliers-coccinelles.ch

info@ateliers-coccinelles.ch

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

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

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

**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 : ………………………………………….….…

Tél. privé : …………..……………………………………...…

Adresse :

………………………………………………….…………………..

………………………………………………….…………………..

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

……………………………………………………………………

**2**

Nom et prénom : …………………………………………

Tél. portable : ………………………………………….….…

Tél. 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 ») :

[ ]  **J’accepte d’intégrer le groupe WhatsApp et m’engage à respecter les règles de confidentialité**. **A cet effet, voici le ou les numéro(s) de téléphone (uniquement le/s parents) :**

[ ]  **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 : ……………………………………………………………