

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de la naissance : _____

Sexe : fille garçon

Nationalité(s) : _____

Langue maternelle : _____

Autres langues parlées : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR L'ENFANT

SANTE DE L'ENFANT

Maladies ou allergies : _____

Accidents : _____

Contre-indications de médicaments : _____

Nom et numéro de tél. du pédiatre : _____

En cas d'allergie grave le centre a besoin d'une attestation écrite de la part de la personne titulaire de l'autorité parentale, l'autorisant à administrer les soins nécessaires à l'enfant.

ASSURANCES DE L'ENFANT

Nom et adresse de la caisse maladie : _____

Numéro de la carte AVS : _____

Nom de l'assurance accident : _____

Nom de l'assurance RC : _____

AUTRES INFORMATIONS

AUTORISATIONS

J'autorise le Centre les Explorateurs à :

- sortir et utiliser les moyens de transports publics avec mon enfant : Oui Non
- utiliser des photos de mon enfant sur le site internet et sur nos plateformes de réseaux sociaux : Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

Lien de parenté : _____ Lien de parenté : _____

Nom : _____ Nom : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Tél prof : _____ Tél prof : _____

Tél privé : _____ Tél privé : _____

Mobile : _____ Mobile : _____

E-mail : _____ E-mail : _____

Profession : _____ Profession : _____

Titulaire de l'autorité parentale : _____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Tél. : _____

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Tél. : _____

FREQUENTATION

De 12h30 à 17h30

- lundi
- mardi
- jeudi
- vendredi

FREQUENTATION

De 14h30 à 17h30

- lundi
- mardi
- jeudi
- vendredi



FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2022/2023

LES APRES-MIDIS DANS LA NATURE

PAIEMENT

Mensuel

Adresse de facturation : _____

Coordonnées bancaires de Centre les explorateurs
N° de compte postal : 15-666862-7
N° IBAN : CH54 0900 0000 1566 6862 7

Par ma signature j'accepte les conditions générales et les conditions financières.

Lieu : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____