

**Atelier d'éveil « Les P'tits Lutins » Inscription rentrée 2025/2026**

Nous inscrivons notre enfant (**dès ses 2 ans révolus**) pour la(les) demi-journée(s) suivante(s) (**2 matinées max.**) :

(Merci de faire une croix dans le(s) rond(s) de votre choix)

**MATIN – 08h30/11h30**

**Lundi O      Mardi O      Mercredi O      Jeudi O      Vendredi O**

Pour une répartition optimale des matinées, auriez-vous des disponibilités autres que votre 1<sup>er</sup> choix principal ? **Oui O** soit le(s) \_\_\_\_\_

**Non O**

*Une nouvelle inscription est nécessaire chaque année. La réouverture des inscriptions pour l'année suivante aura lieu déjà en automne !*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ M/F : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Langue maternelle : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ NPA/Localité : \_\_\_\_\_

Eventuellement 2<sup>e</sup> adresse : \_\_\_\_\_

No de tél. du domicile : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du papa : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ T prof. : \_\_\_\_\_ T portable : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la maman : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ T prof. : \_\_\_\_\_ T portable : \_\_\_\_\_

Assurance RC privée : \_\_\_\_\_

Assurance maladie et accident : \_\_\_\_\_

Maladie ou allergie éventuelle : \_\_\_\_\_

Symptômes : \_\_\_\_\_

Traitement : \_\_\_\_\_

Nom et no de tél. du pédiatre : \_\_\_\_\_

NUMERO TEL EN CAS D'URGENCE (OBLIGATOIRE) : \_\_\_\_\_

L'enseignante aura la compétence d'administrer quelques soins de base si nécessaire (Arnica granules 5ch, Arnica pommade, Fénistil (piqûre d'insecte), Gaze hémostatique (saignement de nez), Merfen, désinfectant sans alcool, Dafalgan sirop).

Autorisez-vous l'enseignante à donner à votre enfant les médicaments figurant sur la liste précitée ?

**Oui**                       **Non**

Le transport se fait de manière privée. **La personne accompagnant l'enfant doit se rendre avec celui-ci jusque dans le vestiaire de l'école.**  
**De même, il faudra venir chercher l'enfant dans le vestiaire.**

Si vous devez confier la prise en charge de votre enfant à une personne de confiance, veuillez indiquer le nom de cette personne, ceci pour des raisons évidentes de sécurité.

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si vous deviez, exceptionnellement, changer de personne de confiance, ou en cas d'absence de l'enfant pour cause de maladie ou autre, l'éducatrice devra être prévenue au plus tard le matin même avant 8h30 au 079 485 49 14.**

Pour des raisons d'économie, toutes les informations vous parviendront par courriel. Merci de nous communiquer votre **adresse e-mail** svp.

\_\_\_\_\_

Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signatures des parents : \_\_\_\_\_

.....

**Ce formulaire contenant quelques informations pratiques importantes, nous vous conseillons d'en faire une copie à conserver.**  
**Seule une confirmation de la présidente conduit à une inscription définitive à l'atelier d'éveil.**

**Adresse pour retour formulaire :**

Association Les « P'tits Lutins », p.a. Sara Marques, Les Essertons 2, 1541 Sévaz.

**Notre site :** [www.ptits-lutins.ch](http://www.ptits-lutins.ch)