

APEMS

« La Bulle d'Air et la MandiBulle »

Formulaire d'inscription pour l'année scolaire 2018-2019

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

En quelle année scolaire sera l'enfant à la rentrée 2018-2019 :

Motif de la prise en charge

travail du/des parent(s) en recherche d'emploi en formation

autre, préciser :

Profession du père : Taux d'activité :

Profession de la mère : Taux d'activité :

Représentant légal

père mère autre : préciser le lien de parenté :

Nom(s) et prénom(s) :

Portable : Privé : Professionnel :

Adresse :

E-mail :

Autre parent ou personne de confiance ATTEIGNABLE EN TOUT TEMPS et qui est autorisé à chercher l'enfant en cas de nécessité.

Nom(s) et prénom(s) :

Portable : Privé : Professionnel :

Besoins	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (jusqu'à 17h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexibilité quant à la fréquentation demandée - permet éventuellement d'autres propositions de plage si jour(s) souhaité(s) indisponible(s).				<input type="checkbox"/> OUI : <input type="checkbox"/> NON	

⇒ Les places seront attribuées selon les priorités définies par le règlement du réseau et les places disponibles.

Informations concernant l'enfant

Allergies

Veillez préciser et **joindre une attestation médicale**

Régime médical

Veillez préciser et **joindre le certificat médical**

Médicaments

Veillez préciser la posologie

Merci de compléter le formulaire ad hoc auprès de l'éducatrice responsable dès la rentrée scolaire.

J'autorise le personnel des APEMS à administrer ou appliquer, si nécessaire, à mon enfant les médicaments suivants :

Dafalgan (anti-douleur)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Arnica (homéopathie)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Crèmes désinfectantes et cicatrisantes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Crèmes pour piqures d'insectes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Autre problème de santé

Veillez préciser

Particularités à signaler concernant la prise en charge

Veillez préciser

Particularités à signaler concernant le droit de garde et l'autorité parentale

Veillez préciser

⇒ **Toute modification d'adresse ou de numéro de téléphone, en cours d'année scolaire, doit être signalée au Réseau BussiVillAje.**

Par ma signature, j'atteste avoir pris connaissance des directives des APEMS pour l'année scolaire 2018-2019 ainsi que du règlement d'accueil de jour ci-joints, et en accepter les modalités.

Lieu et date : Signature du représentant légal :