

Informations concernant l'enfant

Allergie(s) non oui, veuillez préciser et **joindre une attestation médicale**

.....

Régime médical non oui, veuillez préciser et **joindre une attestation médicale**

.....

Régime végétarien non oui Régime sans porc non oui

Médicaments non oui, veuillez préciser et **joindre une attestation médicale**

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

Particularité(s) nécessaire(s) à l'accueil de l'enfant (santé, garde, etc.) : non oui, veuillez préciser

ci-après :

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

Dafalgan (anti-douleur) oui non

Arnica (homéopathie) et Arnigel oui non

Merfen (désinfectant)/ Similasan crème (plaies) oui non

Similasan spray (piqûres d'insectes) oui non

3P à 8P souhaits d'accueil / APEMS (fermé durant les vacances scolaires)

Pour les élèves de 5 à 8P, si le besoin porte **uniquement sur midi sans mercredi**, inscription à effectuer auprès du Raisin (COSEC/Commune de Bussigny).

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 07h00-08h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi 12h00-13h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi 15h00-18h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (de 13h30 jusqu'à 17h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Par ma signature, j'atteste avoir pris connaissance des directives de l'APEMS pour l'année scolaire 2021-2022 ainsi que du règlement du Réseau, et en accepter les modalités.

TOUT FORMULAIRE INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Par leur(s) signature(s), le(s) parent(s) accepte(nt) que le Réseau puisse effectuer des vérifications auprès de l'Office communal de la population.

Lieu et date : Signature du représentant légal :