**Feuille d'inscription pour dépannage**

Pour enfant(s) non inscrit(s) à l'AES La Courte Echelle

Cette demande de dépannage est à remettre dument complétée au plus tard à 14h00 la veille du jour souhaité :

* En main propre aux animatrices, ou
* Par email ([inscription@aes-lacourteechelle.ch](mailto:inscription@aes-lacourteechelle.ch?subject=Demande%20de%20dépannage)) après en avoir avisé auparavant la personne responsable par téléphone (077 500 87 85, uniquement du lundi au vendredi de 8h30 à 11h30 et de 15h30 à 18h00).

Accueil possible uniquement sous réserve de disponibilité. Le paiement se fait sur place en cash et au moment d'amener cette inscription, ou l'enfant si la demande se fait par téléphone. Voir aussi le règlement de l'association sur le site [www.aes-lacourteechelle.ch](https://www.aes-lacourteechelle.ch/).

**Enfant 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : | | Date naissance : |
| Sexe :  M  F | Ecole : | | Classe : |  |

**Enfant 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : | | Date naissance : |
| Sexe :  M  F | Ecole : | | Classe : |  |

**Enfant 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : | | Date naissance : |
| Sexe :  M  F | Ecole : | | Classe : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mère** | **Père** |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse si différente de la mère : |
|  |  |
| N° tél. privé : | N° tél. privé : |
| N° portable : | N° portable : |
| N° tél. professionnel : | N° tél. professionnel : |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date :** | **Matin avant l’école dès 7h00**  CHF 10.50 | **Pause de midi**1  CHF 22.50 | **Après-midi** | | |
| 13h30-15h302  CHF 14.00 | 15h30-17h303  CHF 15.50 | 17h30 - 18h30  CHF 7.- |
|  |  |  |  |  |

1avec repas 2vérifier avec l’animatrice les après-midi possibles 3avec goûter

Le(s) enfant(s) est(sont) autorisé(s) à rentrer seul le soir :  oui  non

Personnes autorisées à venir chercher le(s) enfant(s), nom(s) et téléphone(s) :

**Contacts**

Katia Barone: 079 449 57 55 / Brigitte Rouiller: 078 727 92 98

**Informations médicales**

Votre enfant souffre-t-il d’une maladie particulière ?  oui  non

Si oui, précisez :

Votre enfant souffre-t-il d’allergie ?  oui  non

Si oui, précisez quelle(s) allergie(s) + traitement :

Suit-il un régime particulier ?  oui  non

Remarques :

En tant que représentant légal de mon/mes enfant(s), j’autorise les animatrices de l’AES à :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| * appliquer de l’eau oxygénée pour désinfecter une éventuelle plaie sur mon/mes enfant(s) |  |  |
| * appliquer de la crème désinfectante Vita Hexin (équivalent Vita Merfen) sur une éventuelle plaie de mon/mes enfant(s) |  |  |
| * appliquer du Fenistil Gel sur les éventuelles démangeaisons et brûlures légères de mon/mes enfant(s) |  |  |
| * appliquer du Fenipic sur les éventuelles piqures de mon/mes enfant(s) |  |  |
| * donner si besoin à mon/mes enfant(s) de l’Arnica en globules homéopathiques (à avaler) |  |  |
| * donner si besoin à mon/mes enfant(s) de l’Arnigel pour les bosses et autres contusions |  |  |
| * administrer régulièrement un médicament spécifique à mon enfant selon la posologie suivante : | | |