



## Fiche d'inscription 2022-2023

- Identification de l'enfant :

Nom..... prénom.....  
Date de naissance..... sexe       fille       garçon  
Nationalité.....  
Langue/s parlée/s     français     anglais     autre.....  
Frère(s) et sœur(s) .....

- Identification des parents :

Mère : autorité parentale oui / non

Nom..... prénom.....  
Adresse postale complète.....  
Téléphone fixe.....  
Portable..... prof.....  
Adresse e-mail privée.....

Père : autorité parentale oui / non

Nom..... prénom.....  
Adresse postale complète.....  
Téléphone fixe.....  
Portable..... prof.....  
Adresse e-mail privée.....

- Personnes habilitées (autre que les parents) à venir chercher l'enfant

Nom et prénom.....tél.....

Nom et prénom.....tél.....

Nom et prénom.....tél.....

Nom et prénom.....tél.....

• Fréquentation du Jardin d'enfant « Vers Luisants »

	lundi	mardi	mercredi	jeudi
7h30 - 12h30				

• Fréquentation de l'Atelier créatif « Vert Luisant »

	lundi	mardi ( en attente)	jeudi
15h30 - 18h30			

• Païement

Aucune facture n'est envoyée par le jardin d'enfants « Vers Luisants ». Le paiement se fait sur 10 mois et sur votre propre initiative. Il se fait à la fin du mois pour le mois suivant ( ex: fin août pour septembre) et ainsi de suite jusque'à fin mai pour juin.

• Assurances obligatoires

- ✓ Votre assurance maladie.....
- ✓ Votre assurance accident.....
- ✓ Votre responsabilité civile.....

Par ma signature, je confirme avoir lu et accepté les conditions générales (site) du jardin d'enfants « Vers Luisants ».

Lieu, date.....

Nom, prénom.....

Signature.....

Merci d'envoyer la fiche d'inscription ainsi que la fiche de santé à l'adresse suivante :

Jardin d'enfants « Vers Luisants » - Route de la Gare 4 - 1026 Echandens  
[jardinenfantsversluisants@gmail.com](mailto:jardinenfantsversluisants@gmail.com) / Tél. +41 (0)78 212 93 90



## Fiche de santé

• Nom, prénom de l'enfant .....

• Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom, prénom..... no tél.....

Nom, prénom..... no tél.....

Nom, prénom..... no tél.....

• Maladies     non         oui

Si oui, lesquelles.....

• Allergies     non         oui

Si oui, lesquelles.....

Merci de joindre un certificat médical si l'allergie est diagnostiquée par un médecin.

• Autorisation à donner à mon enfant :

- Paracétamol (Dafalgan, etc.) en cas de douleur ou de maux de tête

oui  non

- Arnica (granulés) en cas de chute

oui  non

• Pédiatre .....no tél .....

• Particularités.....

Lieu, date.....

Nom, prénom.....

Signature.....