



Commune de Cornaux

Structure d'accueil "Rayon de Soleil"



"Les Petits Enges"

Formulaire de demande d'admission

Prière de remplir un bulletin par enfant et d'entourer ce qui convient.

1. Enfant

Nom de l'enfant: Prénom:

Date de naissance:

Nom et Prénom de la maman :

Nom et Prénom du papa :

Autorité parentale : père / mère / conjointe

Garde : père / mère / conjointe

Adresse de domicile de l'enfant
.....
.....

Domicile chez :
Parents Mère
Père Autre :

2. Frère(s) et sœur(s) :

Nom	Prénom	Né(e) le	Déjà placé à la structure	
			Oui	Non
			Oui	Non
			Oui	Non
			Oui	Non

3. Adultes vivant avec l'enfant – Parents/Répondants

Nom de la mère			Nom du père		
ou compagne:	.....		ou compagnon:	.....
Prénom:	.....		Prénom:	.....
Adresse:	.....		Adresse:	.....
NPA/localité:	.....		NPA/localité:	.....
Adresse courriel:	.....		Adresse courriel:	.....
Tél privé:	.....		Tél privé:	.....
Tél mobile:	.....		Tél mobile:	.....
Profession :	.....		Profession :	.....
Tél prof.:	.....		Tél prof.:	.....
Employeur:	.....		Employeur:	.....
Taux d'activité:	.....%		Taux d'activité:%	
Autorisé(e) à venir chercher l'enfant	Oui	Non	Autorisé(e) à venir chercher l'enfant	Oui	Non
Peut être appeler en cas d'urgence	Oui	Non	Peut être appeler en cas d'urgence	Oui	Non

4. Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant et /ou à être appelées en cas d'urgence *(une copie de la carte d'identité de la personne ci-dessous est demandée lors de la première visite à la structure).*

Nom :	.....		Nom :	.....
Prénom :	.....		Prénom :	.....
Lien avec l'enfant :	.....		Lien avec l'enfant :	.....
Tél privé :	.....		Tél Privé :	.....
Tél mobile :	.....		Tél mobile :	.....
Autorisé(e) à venir chercher l'enfant	Oui	Non	Autorisé(e) à venir chercher l'enfant	Oui	Non
Peut être appeler en cas d'urgence	Oui	Non	Peut être appeler en cas d'urgence	Oui	Non

5. Ecole

Degré scolaire à la rentrée d'août :

Nom et prénom de l'enseignant (si connu) :

Tél de l'enseignant :

Email de l'enseignant (si connu) :

6. Santé

Nom du pédiatre: No téléphone:

Remarques particulières concernant votre enfant (santé, alimentation, allergies, etc.):

.....
.....
.....

7. Décharges (mettre une croix à ce qui convient)

a. Trajets

Notre enfant effectuera seul le trajet de la structure à notre domicile Jour :Heure : Tous les jours <input type="checkbox"/>	
Notre enfant effectuera seul le trajet de la structure à son cours de Jour :Heure :	

b. Santé

En cas de forte fièvre (dès 38.5°C) dans le cas où nous ne serions pas atteignables, nous autorisons le personnel éducatif à administrer à notre enfant un médicament (<i>Dafalgan 250 mg Odis</i>) afin de faire baisser sa température.	
Si nécessaire, en cas de chute, nous autorisons le personnel éducatif à donner à notre enfant des granules homéopathiques (<i>Arnica</i>).	

Attention pour information : en ce qui concerne la prise d'autres médicaments, le personnel de la structure ne peut en administrer que sur indication écrite de votre part. La posologie devra également y figurer de manière claire. (feuille à disposition à la structure).

c. Photos

Durant sa présence dans la structure, il se peut que votre enfant soit amené à être pris en photo ou filmé. Les raisons peuvent en être les suivantes :

Photos/films à usage interne

Photos/films pris seront utilisés pour la décoration, les bricolages, les thèmes des groupes ou encore à des fins organisationnelles, à l'interne de la structure uniquement.

Nous autorisons la prise en photo/film de notre enfant par la structure pour son usage interne comme décrit ci-dessus.	
--	--

Photos/films à usage externe

Parfois, certaines photos ou films pris lors de jeux ou de moments communs, peuvent être utilisés pour des événements publics (articles dans la presse, documents pour ou sur la structure ou encore pour son site internet). Dans ce cas, aucun portrait ne sera utilisé, seuls des photos/films de groupe ou des vues d'ensemble seront pris de manière anonyme. Aucun nom ou prénom ne sera cité.

Nous autorisons la prise en photo/film de notre enfant par la structure pour son usage externe comme décrit ci-dessus.	
--	--

Des changements dans les données ci-dessus sont à annoncer sans délai à la structure d'accueil.

Nous vous rendons attentifs que toute modification de + ou – 10% de votre revenu, au cours de l'année, doit impérativement nous être annoncée, sans délai. Ceci afin de pouvoir adapter vos factures en conséquence et d'éviter ainsi une réévaluation rétroactive.




Par sa signature, le représentant légal confirme avoir pris connaissance des conditions générales de la structure d'accueil Rayon de Soleil.

Date:

Signature du représentant légal:

Formulaire à retourner à:

Structure parascolaire Rayon de Soleil

 Rue des Fontaines 10, 2087 Cornaux,
 032 886 45 39 (11h30-18h00)  rayondesoleil@ne.ch