



Crèche et Parascolaire P'tits-Flocons  
Ruz Chasseran 1  
2056 Dombresson  
032.852.06.07  
[lesptitsflocons@gmail.com](mailto:lesptitsflocons@gmail.com)  
[www.lesptitsflocons.com](http://www.lesptitsflocons.com)

## CONTRAT D'INSCRIPTION PARASCOLAIRE

---

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Genre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postale et ville : \_\_\_\_\_

Pédiatre : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Assurance maladie et accident : \_\_\_\_\_

### PARENTS

Parents mariés : \_\_\_\_\_ Parents séparés : \_\_\_\_\_ Parents divorcés : \_\_\_\_\_ En couple : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ % de travail : \_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_ Tél prof : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ % de travail : \_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_ Tél prof : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Autres personnes de références en cas d'urgence :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

## MOTIF DE PLACEMENT

Les deux parents travaillent : Oui  Non

Autre raison : \_\_\_\_\_

## DONNEES SCOLAIRES

Degré Harmos : \_\_\_\_\_

Nom du professeur : \_\_\_\_\_

No de salle de classe : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Date de placement souhaitée : \_\_\_\_\_

### Horaire de fréquentation souhaité

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
<b>Journée</b> 7h-18h					
<b>Matin</b> 7h-8h15					
<b>Matinée sans repas</b> 7h- 11h30					
<b>Matinée avec repas</b> 7h-13h30					
<b>Midi +Repas</b> 11h45-13h30					
<b>Repas + Après-midi</b> 11h45-18h					
<b>Après-midi</b> 13h30- 18h					
<b>Après- midi</b> 15h20-18h					

Les heures d'arrivée et de départ doivent être respectées. Merci d'informer tout changement d'horaire qu'il soit journalier ou définitif.

Heures d'arrivée : \_\_\_\_\_

Heures de départ : \_\_\_\_\_

## SANTE

### Maladies infantiles déjà contractées :

Varicelle : \_\_\_\_\_ Scarlatine : \_\_\_\_\_ Oreillons : \_\_\_\_\_ Rougeole : \_\_\_\_\_ Rubéole : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

### Vaccins :

ROR : \_\_\_\_\_ BCG : \_\_\_\_\_ DI\_TE\_PER : \_\_\_\_\_ Hépatites B : \_\_\_\_\_

Méningocoque : \_\_\_\_\_ Pneumocoque : \_\_\_\_\_ Zona : \_\_\_\_\_ HIB : \_\_\_\_\_ Rotavirus : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**Nous n'obligeons pas les parents de vacciner leurs enfants, par contre dès qu'il y a une maladie contagieuse nous sommes obligées de ne pas accepter les enfants non vaccinés dans le but de les protéger.**

### Maladies particulières :

\_\_\_\_\_

Traitement : \_\_\_\_\_

Alimentation : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Régime spécifique : \_\_\_\_\_

### Remarques particulières :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Crèmes et médicaments que la crèche dispose et que les parents autorisent à administrer (cocher que si vous êtes d'accord) :

	Sans accord	Tél	Sans tél		Sans accord	Tél	Sans tél
Mustela pour le visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouate hémostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème plein air (Froid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crèmes solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arnica crème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crème fenistil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinfectant Merfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vita Merfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arnica granules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sérum physiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toujours sur appel : Administrer un antipyrétique (Dafalgan en poudre)



## FICHE DE PRISE DE MEDICAMENT

Date \_\_\_\_\_ Temps de prescription \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_

Nom du médicament \_\_\_\_\_ Prises par jour \_\_\_\_\_

Quand \_\_\_\_\_ Quantité \_\_\_\_\_

Signature des parents \_\_\_\_\_

Signature de l'éducatrice \_\_\_\_\_