* **Groupe de Jeu le « Scoubidou »**

**Bossonnens**

**Année scolaire 2019-2020**

**Inscription**

Nous souhaitons/je souhaite inscrire notre/mon enfant au «Scoubidou»

**pour l’année scolaire 2019/2020**

(remplir 1 formulaire par enfant).

**ENFANT**

Nom …………………………………………Prénom ……………………………………

Date de naissance ………………………… Sexe ………………………………………

Adresse exacte …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Assurance-maladie/accidents ……………………………………………………………………………………………

**PARENTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père** | **Mère** |
| **Nom de famille** |  |  |
| **Prénom** |  |  |
| **Etat civil** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **NPA, localité** |  |  |
| **Tel. Privé** |  |  |
| **Tel. Prof.** |  |  |
| **Natel** |  |  |
| **Email** |  |  |

**PERSONNE DE CONTACT EN CAS DE NECESSITE ET/OU D’URGENCE (autre que les parents)**

Nom ……………………………………………………………… Prénom …………………………………………………………….

Lien avec l’enfant …………………………………………………………………..

Tél. privé ………………..…………………Tél. prof. ……………..………………

Natel  ………………………………………………………………………………...

**Il est indispensable que les parents ou la personne de contact ci-dessus puissent, en cas de problèmes, être contactés par téléphone durant l’accueil de l’enfant.**

**Inscription**

Mon/Notre enfant fréquentera le « Scoubidou » de la façon suivante :

(une fréquentation hebdomadaire minimale de 2 matinées est recommandée)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lundi****(8h30-11h00)** | **Mercredi****(8h30 – 11h00)** | **Vendredi****(8h30 – 11h00)** |
|  |  |  |

 (Veuillez cocher les cases correspondant aux jours souhaités.)

Remarques/informations complémentaires :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..

**RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTE DE L’ENFANT INSCRIT**

Mon enfant souffre d’allergies Oui / Non

Si oui, lesquelles …………………………………………………………………………………………………

Mon enfant suit un régime alimentaire particulier Oui / Non

Si oui, lequel …………………………………………………………………………………………………

Mon enfant doit-il prendre un médicament,

durant les périodes où il fréquente le « Scoubidou » ? Non / Oui

(si oui, merci de compléter ci-dessous)

* Nom du médicament …………………….…………………………………………………………………….
* Posologie …………………………………………………………………………………………

**En aucun cas, le personnel du Scoubidou est autorisé à donner des médicaments à votre enfant sans votre accord.**

En qui concerne la prise de médicaments durant les périodes de fréquentation du « Scoubidou » (antibiotiques, sirop pour la toux etc.), les parents doivent fournir avec le médicament un formulaire signé avec toutes les informations utiles concernant la posologie ainsi que la fréquence. Vous trouvez le formulaire à la fin de cette inscription et sur la page web www.bossonnens.ch, éducation, Groupe de Jeu.

Autres informations utiles :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ADRESSE POUR L’ENVOI DE LA FACTURE**

Correspond à l’adresse des parents ? Oui / Non

Si non, utiliser l’adresse suivante :

Nom ……………………………………………Prénom ……………………………………

Domicile …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Pendant les matinées du Scoubidou, un nombre limité d’enfants de 1H et 2H de l’école de Bossonnens (5-6 ans) peuvent être accueillis ensemble avec les enfants du Groupe de Jeu.**

**J’ai/Nous avons pris connaissance des conditions du « Scoubidou » de Bossonnens et de son règlement et je certifie/nous certifions que les renseignements donnés sont exacts.**

Lieu et date : ………………………………Signature(s) : ………………………………

Ce bulletin d’inscription est à renvoyer au Secrétariat de l’Accueil extrascolaire et du « Scoubidou » jusqu’au **17 mai 2019**:

Bettina Sager

Rte de Reynet 4

1615 Bossonnens

téléphone 079 314 07 08

e-mail : aes@bossonnens.ch



Scoubidou Bossonnens 2019/20

**MEDICAMENTS – TRAITEMENT**

J’autorise le personnel du Scoubidou de Bossonnens à donner à mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prénom et nom) le traitement suivant :

* Nom du médicament : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Posologie (quantité) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Durée du traitement du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜ Indéfini
* Traitement demandé par le médecin ⬜ oui ⬜ non
* Si oui, nom, adresse et téléphone du médecin :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Calendrier scolaire 2019-2020 « Scoubidou »**

**Vendredi 30 août 2019 Rentrée Scoubidou**

**Relâches de la Toussaint**

21 octobre 2019

1 novembre 2019

**Vacances de Noël**

23 décembre 2019

3 janvier 2020

**Relâches de Carnaval**

24 février 2020

28 février 2020

**Vacances de Pâques**

13 avril 2020

24 avril 2020

1er mai 2020 Congé du 1er mai

21 mai 2020 Congé **Ascension**

22 mai 2020 Congé Pont de l’Ascension

1 juin 2020 Congé de **Pentecôte**

11 juin 2020 Congé de la **Fête Dieu**

12 juin 2020 Congé Pont de la Fête Dieu

**10 juillet 2020 Clôture de l’année scolaire**