** Groupe de Jeux Scoubidou Bossonnens**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Inscription pour l’année scolaire 2024 - 2025**

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

**pour l’année scolaire 2024-25** (remplir 1 formulaire par enfant).

**ENFANT**

Nom ………………………………………………………………………..

Prénom ……………………………………………………………………...

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

Sexe …..☐..féminin…..☐..masculin

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

………………………………………………………………………………………….

Assurance-maladie/accident…………………………………………………………

**PARENTS**

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

Tél. portable………………………………………………………………………...

**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 ou il fréquente le Scoubidou ? Oui / Non

Si oui : Merci de remplir et de signer le formulaire annexe à cette inscription.

Est-ce que vous acceptez que le personnel du Scoubidou désinfecte des plaies de votre enfant avec du MERFEN et met un pansement ? Oui / Non

**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/groupe-de-jeux/.

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 Jeux.**

**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 **jusqu’au 17 mai 2024**

À la directrice du Scoubidou :

Bettina Sager

par e-mail à scoubidou@bossonnens.ch

par la poste : Route du Bourg-Neuf 10

1615 Bossonnens



Scoubidou Bossonnens 2024/25

**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 2024-25**

 **« Scoubidou »**

**Le vendredi 20 juin est congé – pont Fête Dieu**



****