



Groupe de Jeux Scoubidou Bossonnens

Inscription pour l'année scolaire 2026 - 2027

Nous souhaitons/je souhaite inscrire notre/mon enfant au Scoubidou
pour l'année scolaire 2026-27 (remplir 1 formulaire par enfant).

ENFANT	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	☐ Feminin ☐ masculin
Adresse	
Assurance maladie/accidents	

PARENTS		
	Père	Mère
Nom de famille		
Prénom		
Etat civil		
Adresse		
NPA, localité		
Tel. Privé		
Tel. Portable		
Email		

PERSONNE DE CONTACT EN CAS DE NECESSITE ET/OU D'URGENCE (autre que les parents)	
Nom	
Prénom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone prive, mobile	

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 » la/les matinée/s suivante/s :

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

Oui / Non

Si oui, lesquelles

Oui / Non

Si oui, lequel

Mon enfant doit-il prendre un médicament

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

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 :

[illegible]

ADRESSE POUR L'ENVOI DE LA FACTURE

Correspond à l'adresse des parents ?

Oui / Non

Si non, utiliser l'adresse suivante :

NomPrénom

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 22 mai 2026

À la directrice du Scoubidou :

Bettina Sager

par e-mail à scoubidou@bossonnens.ch

par la poste : Scoubidou, Route du Bourg-Neuf 10
1615 Bossonnens



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 _____ ou ☐ Indéfini

❖ Traitement demandé par le médecin ☐ oui ☐ non

❖ Si oui, nom, adresse et téléphone du médecin :

Date : _____ Signature : _____