

Inscriptions Devoirs Accompagnés 2024-2025

Enfants

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
No AVS	
Caisse maladie-accidents :	
Allergie grave : joindre un certificat médical	_____
Intolérances alimentaires :	_____
Régime spécifique (végétarien, sans porc, autres)	_____
Précautions médicales : (Traitement à administrer à l'EJC, soins spécifiques, etc.)	
Médecin de famille :	
Classe pour l'année scolaire 2024-2025 :	
Nom de l'enseignant (e) responsable de classe :	



Représentant /s légal/aux

	Mère	Père
Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
NPA / Localité :		
Téléphone natel :		
Téléphone professionnel :		
Adresse mail : (qui sera utilisée pour toutes les infos EJC et la facturation)		
No AVS		

Autorité parentale : Maman Papa Conjointe

Garde : Maman Papa Conjointe

Mon enfant participe aux Devoirs Accompagnés le :

Lundi de 15h-17h selon horaire de l'école

Mardi de 15h-17h selon horaire de l'école

Jeudi de 15h-17h selon horaire de l'école

L'élève qui n'est pas inscrit (e) au module de l'après-midi du Signal'air rentrera seul (e) à la maison dès que

Ses devoirs sont terminés.

En cas de nécessité, j'autorise l'enseignante à utiliser pour mon enfant :

Tous les médicaments/remèdes indiqués ci-dessous où :

Fièvre, douleurs : Algifor junior suspension 1x5ml Fièvre

Douleurs : Dafalgan

Désinfection : Octenisept spray

Brûlures : Lalugen Plus

Piqûres d'insectes : Fenipic Plus Roll-On

Stress, douleurs, peurs : Arnica

Contusion, hématome : Similasan Arnica Crème, Cool Spray Perskinsol

Sparadrap

Tiques : Anti-Brumm

Date et signature du/des représentants légaux : _____

