|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Informations liées à l’enfant | | |
| Nom : | |  |
| Prénom : | |  |
| Date de naissance : | |  |
| Langue Maternelle : | |  |
| Allergie, Maladie : | |  |
| Régime spécial : | |  |
| Peurs particulières : | |  |
|  | |  |
|  | | |
| Informations liées au représentant légal | | |
| Nom et prénom du parent 1 : |  | |
| Profession |  | |
| Langue |  | |
| Téléphone |  | |
| E-mail : |  | |
| Adresse et NPA |  | |
|  | |  |
|  | |  |
| Informations liées au représentant légal | | |
| Nom et prénom du parent 2 : | |  |
| Profession | |  |
| Langue : | |  |
| Téléphone  : | |  |
| E-mail : | |  |
| Adresse : (si différente du parent 1) | |  |
|  | |  |
| Informations diverses | | |

Qui emmène l’enfant et vient le chercher (Pour tous changement, veuillez en informer l’équipe et vous munir de votre carte d’identité.) :

|  |
| --- |
|  |

Nom/Prénom et tél., de la personne à appeler en cas d’urgence pendant les ateliers :

|  |
| --- |
|  |

Entourer ce qui vous convient

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’accepte que mon enfant reçoive si besoin du désinfectant | Oui | Non |
| J’accepte que mon enfant reçoive si besoin de la crème Arnica | Oui | Non |
| L’enfant peut être pris en photo à des fins de visibilité des activités et de l’atelier. Son visage sera caché. | Oui | Non |

|  |
| --- |
| Les ateliers |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| J’inscris mon enfant à l’atelier du samedi après-midi de 14h à 17h  3 à 10 ans.  CHF 250.- pour l’année. | Oui | Non | **Dates :** |
| J’inscris mon enfant en cours d’année.  Prix transmis par l’équipe selon le mois d’inscription  J’inscrit mon enfant pour un essai :  Montant fixé par l’équipe des ateliers :    27.- / sortie | Les samedis après-midi : |  | Dates mentionnées au-dessus |

**La fiche d’inscription doit être remplie et retournée par mail, datée et signée.**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Par sa signature, le représentant légal a pris connaissance des conditions générales et de la ligne pédagogique et s’engage à la respecter.**