

## ACCUEIL PRÉSCOLAIRE CONVENTION DE PLACEMENT

**Enfant** Nom ..... Prénom .....

Date naissance .....  Fille  Garçon

Structure .....

**PRESTATIONS DEMANDÉES** Date d'entrée souhaitée .....

Prestations proposées	Horaire	LU	MA	ME	JE	VE
Journée complète	7h00 à 18h30					

**Remarques :**

.....  
.....  
.....

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

- J'autorise mon enfant à partir avec les personnes mentionnées ci-dessous ; si besoin, l'équipe éducative vérifiera leur nom et prénom à l'aide d'une pièce d'identité.
- Je m'engage à avertir l'équipe éducative si une autre personne que celles indiquées ci-dessous doit venir chercher mon enfant occasionnellement. Je transmettrai son nom, prénom et numéro de téléphone et m'assurerai qu'elle soit munie de sa pièce d'identité.

**Nom & prénom** ..... Tél. portable .....

Lien de parenté .....

**Nom & prénom** ..... Tél. portable .....

Lien de parenté .....

**Nom & prénom** ..... Tél. portable .....

Lien de parenté .....

**Nom & prénom** ..... Tél. portable .....

Lien de parenté .....

## PARTICULARITÉS

### Régime alimentaire – allergies – intolérances

sans porc       végétarien       sans gluten       sans lactose       autres (préciser) \_\_\_\_\_

Attention : en cas d'allergie/intolérance avérée, un certificat médical est obligatoire

.....  
.....

### Traitement médical

OUI       NON

Si oui lequel :

.....  
.....

### Médicaments

Dans tous les cas, en cas de maladie de votre enfant, nous vous avertirons par téléphone avant de lui administrer un quelconque médicament. Toutefois, si nous n'arrivons pas à vous joindre, nous autorisez-vous à lui administrer :

Des médicaments homéopathiques ? (arnica)       OUI       NON

Du paracétamol en cas de douleurs et/ou de fièvre ?       OUI       NON

A quelle température jugez-vous adéquat de lui administrer un contre-douleur ? .....  
.....

Sachez que dans le cas où nous n'arriverions pas à vous joindre, nous administrerons à votre enfant du paracétamol dès 38.5°.

Nom du pédiatre .....      Téléphone .....

Lieu et date .....

Signature parent principal. .....      Signature partenaire .....

*Tous les documents doivent être téléversés directement sur votre compte Kibe-ASSAGIE*

*Tous les documents sont disponibles sur le site [www.pomme-cannelle.ch](http://www.pomme-cannelle.ch)*