

## ACCUEIL PARASCOLAIRE - CONVENTION DE PLACEMENT

**Enfant** Nom ..... Prénom .....

Date naissance ..... ☐ Fille ☐ Garçon

Structure ..... Degré scolaire (à l'entrée) .....

### PRESTATIONS DEMANDÉES

Date d'entrée souhaitée .....

#### 1P

Horaires	Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi Buchillon	Jeudi	Vendredi
7h00-8h30	Matin avant école					
11h30-14h00	Midi avec repas					
11h30-15h30	Midi prolongé					
14h00-18h30	Après-midi sans école		Ecole			
15h30-18h30	Après-midi après école					

#### 2P

Horaires	Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi Buchillon	Jeudi	Vendredi
7h00-8h30	Matin avant école					
11h30-14h00	Midi avec repas					
11h30-15h30	Midi prolongé					
14h00-18h30	Après-midi sans école	Ecole			Ecole	Ecole
15h30-18h30	Après-midi après école					

#### 3P-4P

Horaires	Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi Buchillon	Jeudi	Vendredi
7h00-8h30	Matin avant école					
11h30-14h00	Midi avec repas					
14h00-18h30	Après-midi sans école	Ecole	Ecole		Ecole	Ecole
15h30-18h30	Après-midi après école					

#### 5P-6P / 7-8P

Horaires	Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi Buchillon	Jeudi	Vendredi
7h00-8h30	Matin avant école					
11h30-14h00	Midi avec repas	Cantine	Cantine		Cantine	Cantine
14h00-18h30	Après-midi sans école	Ecole	Ecole		Ecole	Ecole
15h30-18h30	Après-midi après école					

#### 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 .....
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 de [www.pomme-cannelle.ch](http://www.pomme-cannelle.ch)*