

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			X		
14h00-18h30	Après-midi sans école		Ecole			
15h30-18h30	Après-midi après école	X		X	X	X

2P

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

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			X		

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			X		

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

Traitements médicaux

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*