|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONTRAT D’INSCRIPTION**(un formulaire par enfant) |

Les informations remises seront traitées avec la plus stricte confidentialité.

**Année scolaire : 2024\_2025**

**Fiche signalétique de l’enfant**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | : |  | Prénom | : |  |
| Date de naissance | : |  |  |  |  |
| Langue maternelle | : |  | Autre(s) langue(s) | : |  |
| Assurance maladie | : |  | Assurance accident | : |  |
| Assurance RC | : |  |  |  |  |
| Classe\* | : |  |  |  |  |
| Nom(s) de l’enseignant(es)\* | : |  |  |  |  |
| Téléphone(s) de l’enseignant(es)\* | : |  |  |

\*informations à transmettre dès que possible à la responsable de l’AES

**Informations complémentaires (confidentialité garantie)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Oui | Non |
| 🟎 | Votre enfant souffre-t-il d’une maladie particulière ? | ⬜ | ⬜ |
|  | Si oui, laquelle ? |  |  |  |
| 🟎 | Présente-t-il des allergies (alimentaires ou autres) ? | ⬜ | ⬜ |
|  | Si oui, lesquelles ? |  |  |  |
| 🟎 | Suit-il un régime alimentaire particulier ? | ⬜ | ⬜ |
|  | Si oui, lequel ? |  |  |  |
| 🟎 | Est-il actuellement sous traitement médical ? | ⬜ | ⬜ |
|  | Si oui, lequel ? |  |  |  |
|  | Nom du médecin traitant : |  |  |  |
|  | Adresse : |  | Téléphone : |  |

**Coordonnées des parents ou du représentant légal**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom(s) | : |  | Prénom(s) | : |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Adresse | : |  |  |  |  |
| Téléphone fixe | : |  | Tél. en cas d’urgence | : |  |
| Tél. mobile du père | : |  | Tél. mobile de la mère | : |  |
| Email  | : |  |  |  |  |

**Autre(s) personne(s) à contacter en cas d’urgence**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom(s) | : |  | Prénom(s) | : |  |
| Téléphone fixe | : |  | Téléphone mobile | : |  |

# Mon enfant fréquentera l’accueil extrascolaire

**De manière régulière** (toutes les semaines de la même façon). Je coche **au stylo bleu** chaque case correspondante, dans le tableau ci-dessous.

**De manière irrégulière** (mes horaires professionnels changeant chaque mois, j’inscris mon enfant selon mes horaires.) Je coche **au stylo rouge**, dans le tableau ci-dessous**,** toutes les cases correspondantes aux plages horaires où mon enfant sera présent de manière irrégulière. Je m’engage à remplir les cases de la « grille horaires irréguliers» (disponible sur le site de la commune) et à transmettre le document mois après mois à la responsable de l’AES par mail à aescottens@gmail.com **impérativement 10 jours avant le début de chaque mois**.

Pour le mois de septembre 2024 : au plus tard le 22 août 2024.

**Jours d’ouverture et horaires**

L’arrivée à l’accueil peut se faire dès 06h55 et le départ jusqu’à 18h00. Les heures précises d’arrivée le matin et de départ le soir devront être communiquées à la responsable de l’accueil. **Les unités proposées ci-dessous sont ouvertes seulement si nous avons un minimum d’enfants inscrits régulièrement pour l’unité désirée.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **Unité 1** | **06h55-08h05** |  |  |  |  |  |
| **Unité 2** | **08h05-11h40** |  |  |  |  |  |
| **Unité 3** | **11h40-13h50** |  |  |  |  |  |
| **Unité 4** | **13h50-15h30** |  |  |  |  |  |
| **Unité 5** | **15h30-18h00** |  |  |  |  |  |

 **Commentaires** …………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………..

#### Retour au domicile

Mon enfant effectuera seul le trajet du lieu d’accueil au domicile. Merci de bien vouloir vous assurer qu’il parte à l’heure convenue avec la responsable de l’accueil.

Mon enfant n’est pas capable d’effectuer seul le trajet du lieu d’accueil au domicile.

Noms - prénoms et n° tél. des personnes autorisées à venir le chercher :

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Le tarif initial est celui de la catégorie D. Pour bénéficier des tarifs des catégories A, B ou C, les parents doivent requérir une attestation au bureau communal (sceau communal exigé dans la case prévue à cet effet) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ARevenu annuel jusqu’à CHF 30’000.- | B**Revenu annuel de CHF 30’001.- à 60’000.-** | C**Revenu annuel de CHF 60'001.- à 100’000.-** | D**Revenu annuel dès 100'001.-** |
|  |  |  |  |

J’atteste par la présente avoir pris également connaissance du règlement, des horaires et tarifs de l’accueil extrascolaire de Cottens.

Lieu et date :

Signature(s) des parents ou du représentant légal :

**Important**

La charte de bonne conduite (disponible sur le site internet de la commune) est à signer et à retourner avec le contrat d’inscription.

Merci de retourner ce contrat d’inscription + la charte de bonne conduite

à l’adresse suivante :

***Administration communale de Cottens, Route du Centre 20,
1741 Cottens***

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de

l’accueil extrascolaire, au 077 447 58 88