

Données	Enfant
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Genre :	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Nationalité :	
Langue(s) parlée(s) :	
Adresse : (Sauf remarque écrite, la correspondance sera envoyée à cette adresse)	Rue et N°: _____ NPA et Ville : _____ Remarque : _____
N° de téléphone privé :	N°: _____
Allergies / Maladies attestées par un médecin :	
L'école est-elle autorisée à administrer de l'homéopathie pour traiter les maux divers.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Arnica uniquement <input type="checkbox"/> Remarques : _____
En cas d'urgence, n° de téléphone à contacter :	Nom et N°1 : _____ Nom et N°2 : _____ Nom et N°3 : _____ Personne autre que les parents à contacter en cas de problème : _____
Crèche(s) précédente(s) :	

Données	Mère (ou représentant légal)	Père (ou représentant légal)
Nom :		
Prénom :		
Signature :		
Nationalité :		
Langue souhaitée pour la correspondance:	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Profession :		
Employeur :		
Adresse si différente de l'enfant:		
N° de téléphone fixe :		
N° de téléphone portable :		
N° de téléphone professionnel :		
Nous avons connu l'école par :	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Portes ouvertes	<input type="checkbox"/> Amis / Collègues <input type="checkbox"/> Autres : _____
Adresse e-mail : Utilisée pour la correspondance générale		
Nous souhaitons recevoir les factures :	<input type="checkbox"/> Trimestriellement (4 paiements) <input type="checkbox"/> Annuellement (1 paiement) <input type="checkbox"/> Mensuellement (12 paiements)	
Nous autorisons la personne suivante à venir chercher notre enfant :		
A pris connaissance du règlement de l'Ecole :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Date d'entrée dans l'Atelier souhaitée : _____

Présence	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin : de 8h00 à 12h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autorisation pour l'utilisation des photos de votre enfant :
Concerne tous les enfants de l'école**

- Nous autorisons l'école à photographier notre enfant pour une utilisation dans un cadre strictement scolaire ou pédagogique.
- Nous autorisons la presse, la radio et/ou la télévision à utiliser des images ou des enregistrements de notre enfant pour des reportages.
- Nous n'autorisons pas l'école à photographier notre enfant.
- Nous n'autorisons pas les divers médias à utiliser l'image ou un enregistrement de notre enfant.

**Le règlement de l'école fait partie intégrante de l'inscription.
Par nos signatures, nous l'acceptons.**

Lieu et Date : _____

Signature des représentants légaux : _____