



Accueil extrascolaire AES Arlequin
 p.a Administration communale
 Case postale 12
 1628 Vuadens



2026-2027

Inscription définitive d'un enfant (Remplir un formulaire par enfant)

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse de l'enfant :

Langue maternelle :

Classe à la rentrée : 1H 2H 3H 4H 5H 6H 7H 8H

Si alternance :

Plages horaires souhaitées **dès la rentrée**
 autre date (précisez svp).....

	Matin 07h00-08h00	Matinée 08h00-11h40	Midi 11h40-13h40 <i>avec repas</i>	Après-midi 13h40-15h30	Après école 15h30 à 17h00 <i>avec devoirs surveillés *</i>	Après école 15h30 à 17h00 <i>sans devoirs surveillés</i>	Fin de journée 17h00 à 18h00
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							

* = devoir surveillés à partir de la 4H

Veillez cocher la/les case/s correspondant aux plages horaires souhaitées pour votre enfant, comme suit :

O = occasionnel (veillez remplir un mois à l'avance le formulaire « *Planning fréquentations irrégulières* » disponible sur notre site internet)

X = définitif (toutes modifications doivent être annoncées à l'Accueil un mois à l'avance au moyen du formulaire « pour modification d'inscription fixe en cours d'année... »)

Renseignements concernant les parents / membres actifs (ces renseignements seront traités de manière confidentielle)

Nom du père	:.....	Nom de la mère	:.....
Prénom	:.....	Prénom	:.....
Etat civil	:.....	Etat civil	:.....
Domicile	:.....	Domicile	:.....
No de tél. privé / natel	:.....	No de tél. privé / natel	:.....
No de tél. professionnel	:.....	No de tél. professionnel	:.....
Adresse e-mail	:.....	Adresse e-mail	:.....

Qui contacter en cas de nécessité et/ou d'urgence ?

Nom : No de tél. privé :
Prénom : Natel :
Lien avec l'enfant : No de tél. professionnel :

Renseignements sur la santé de l'enfant inscrit

Souffre-t-il d'une maladie particulière oui non
Si oui, laquelle ?

Présente-t-il des allergies (alimentaires ou autres) ? oui non
Si oui, lesquelles ?

Suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non
Si oui, lequel ?

Nom, adresse et tél. du médecin traitant :
.....

Caisse-maladie et son siège :
.....

Assurance-accident et son siège :
.....

En cas de nécessité, il sera fait appel à la permanence des Médecins de la Gruyère.

Adresse pour l'envoi de la facture

Nom : Prénom :
Domicile :

J'ai pris connaissance des tarifs ainsi que du règlement de l'Accueil, et je certifie que les renseignements donnés sont exacts. De plus, j'autorise le personnel de l'Accueil à informer les enseignants de mon enfant de ses heures de présence à l'Accueil (à des fins de coordination).

.....
Lieu et date

.....
Signature du/des parent/s

IMPORTANT

LES PIÈCES SUIVANTES DOIVENT ÊTRE JOINTES AU FORMULAIRE D'INSCRIPTION DEFINITIVE POUR TOUTE NOUVELLE INSCRIPTION :

1. copie de la police d'assurance-maladie/assurance-accident
2. copie de la police d'assurance responsabilité civile
3. copie de l'avis de taxation des parents (ch. 7.91)

FAUTE DE PRODUCTION DE LA PIÈCE N° 3, LE TARIF MAXIMUM SERA APPLICABLE.