

Abonnement	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Matin :7h-12h30					
Après-midi : 13h30-18h					
Journée complète :7h-18h					

Personnes autres que les parents autorisés à reprendre l'enfant :

Nom, Prénom : Tél :

Adresse : Lien avec l'enfant :

Peut-être contacté en cas d'urgence

Nom, Prénom : Tél :

Adresse : Lien avec l'enfant :

Peut-être contacté en cas d'urgence

Assurance et santé :

Médecin de l'enfant : Lieu et tél :

Nous attestons que notre enfant est assuré auprès des assurances suivantes :

Assurance maladie et accident : Assurance responsabilité civile :

Votre enfant souffre d'un handicap : oui non Si oui, lequel ? :

Votre enfant prend des médicaments : oui non Si oui, lequel :

Pouvons- nous lui donner : en cas de fièvre dès : Dafalgan ou générique oui non

en cas de chute : granules et gel ARNICA oui non

En cas de piqûre d'insectes : APIS MELIFICA oui non. FENISTIL : oui non

Votre enfant souffre d'allergies/intolérances : oui (présenter un certificat médical) non

Si oui, lequel(le)s ? :

Remarques/ particularités :

Lieu et date :

Signature de la direction :

Signature du (des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :

Par leur signature, les parents acceptent le règlement de la Fondation Montessori Veveyse et de la crèche *Brin D'Eveil*.