

# Maternelle des Budzons du Lac



## Fiche d'inscription 2026 / 2027

### Identification de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Langue(s) parlée(s) et comprise(s) : \_\_\_\_\_

Propreté (couche, WC ou pot) : \_\_\_\_\_

Fratrie : \_\_\_\_\_

### Journées de fréquentation prévues : entourez ce qui vous convient

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>Atelier 8h-12h</b>	<b>Atelier 8h 12h</b>	<b>Atelier 8h 12h</b>	<b>Atelier 8h 12h Nature/Forêt (2-6 ans)</b>	<b>Atelier 8h 12h</b>

*Spécificités : Nos ateliers sont variés avec de l'initiation, Zumba et Yoga ainsi que des sorties quotidiennes dans le jardin, la nature et au canapé forestier. (Par exemple : semaines à thèmes)*

### Identification des parents

#### Mère

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Même adresse que l'enfant :  Oui  Non

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_

N° de téléphone (portable) : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### Père

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Même adresse que l'enfant :  Oui  Non

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_

N° de téléphone (portable) : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Une pièce d'identité sera demandée en cas de besoin

Nom et prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

**Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents) :**

Nom et prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

**Renseignements sur la santé de l'enfant :**

Nom de l'assurance maladie, copie de la carte d'assuré : \_\_\_\_\_

Nom et numéro de l'assurance RC, joindre une attestation : \_\_\_\_\_

**A-t-il des problèmes de santé qui nécessitent des soins particuliers ?  Oui  Non**

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Prend-il des médicaments de façon régulière ?  Oui  Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Effets secondaires possibles de ces médicaments : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (médicaments ou aliments) ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y a-t-il des dispositions à prendre pour sa santé selon les maladies et/ou allergies mentionnées plus haut en cas d'urgence ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet de la santé de votre enfant ?

Oui  Non

Si oui, quoi ? \_\_\_\_\_

Nom du pédiatre et/ou du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Par ma signature :**

J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures organisées par le personnel encadrant, (Sorties au jardin, place de jeux, forêt, promenades...etc.)

J'autorise le personnel encadrant à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour la santé et la sécurité de mon enfant. (Premiers soins et appeler les secours en cas d'urgence)

J'autorise le personnel à donner des médicaments homéopathiques, (ex : arnica gel, arnica globules, etc)

Entourez ce qui vous convient :                      **OUI**                      **NON**

J'ai pris connaissance du règlement d'application de la maternelle lors du 1<sup>er</sup> entretien, par envoi postal ou par mail.

L'inscription est valable pour une l'année, calendrier scolaire fribourgeois. **La résiliation est valable uniquement en cas de déménagement.**

Les renseignements contenus dans cette fiche sont exacts et je m'engage à vous informer de tout changement.

Document à remplir et à renvoyer, daté et signé à l'adresse ci-dessous. Pensez à garder une copie

Signature des parents : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la responsable



Date : 16.02.2026

Association la Maternelle des Budzons du Lac  
Chemin des Bois 4  
1475 Forel / FR

079 / 846.46.45  
maternelledesbudzonsdulac@gmail.com