Maternelle des Budzons du Lac 079/846.46.45
Chemin des bois 4
1475 Forel/FR maternelledesbudzonsdulac@gmail.com www.maternelledesbudzonsdu lac.ch

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
Atelier 8h-12h	**Atelier 8h 12h**	**Atelier 8h 12h**	**Atelier 8h 12h Nature/Forêt (2-6 ans)**	**Atelier 8h 12h**

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 : _____

Maternelle des Budzons du Lac 079/846.46.45
Chemin des bois 4
1475 Forel/FR maternelledesbudzonsdulac@gmail.com www.maternelledesbudzonsdu lac.ch

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 ***(format papier)***

*Nom et numéro de l'assurance RC :*_____

Joindre une attestation ***(format papier)***

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 :_____

Maternelle des Budzons du Lac 079/846.46.45
Chemin des bois 4
1475 Forel/FR maternelledesbudzonsdulac@gmail.com www.maternelledesbudzonsdu lac.ch

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 1er 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