



JARDIN D'ENFANTS BOULE DE GOMME

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM DE L'ENFANT

PRENOM DE L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE/...../..... (JJ/MM/AA)

ADRESSE COMPLETE

NOM ET PRENOM DES PARENTS (OU DU PARENT RESPONSABLE)

TEL. PRIVE :

TEL. PORTABLE :

E-MAIL :

PROFESSION DES PARENTS :

CONFESSION :

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRENOM :

TEL :

EN CAS DE DIVORCE, QUI A LA GARDE :

NOMS ET DATES DE NAISSANCE DES FRERES ET SŒURS DE L'ENFANT :

- 1) (...../...../.....)
- 2) (...../...../.....)
- 3) (...../...../.....)
- 4) (...../...../.....)

LANGUE MATERNELLE DE L'ENFANT :

PEDIATRE :

VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL D'UNE MALADIE (si oui, laquelle) :

VOTRE ENFANT PRESENTE T-IL UNE ALLERGIE AUX MEDICAMENTS OU AUTRE :

ASSURANCE MALADIE ACCIDENT (n° police) :

SAVEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT ENTENDRA DES HISTOIRES BIBLIQUES ? OUI – NON

INSCRIPTION VALABLE DÈS LE :

FREQUENTATION SOUHAITEE :

Lundi deh..... àh.....

Mardi deh..... àh.....

Mercredi deh..... àh.....

Jeudi deh..... àh.....

Vendredi deh..... àh.....

Lieu et date :

Signature des parents :