

FICHE ENFANT



Enfant :

Nom : Prénom :

Prénom hébraïque : Sexe : M F

Lieu et date de naissance :

Langue maternelle :

Assurances**

Maladie : N° de police :

Responsabilité civile : Accident :

Commentaires :

	TARIFS MENSUELS EN CHF	MEMBRE	NON-MEMBRE
<input checked="" type="checkbox"/>	Frais annuels fournitures et sorties (annuel) - obligatoire	750	1'100
<input type="checkbox"/>	Frais annuels fournitures et sorties (paiement avant le 2 mai)	600	900
<input checked="" type="checkbox"/>	Contribution aux frais de sécurité (mensuel) - obligatoire	75	90
<input type="checkbox"/>	Journée complète (repas inclus)	1'250	1'800
<input type="checkbox"/>	5 matinées jusqu'à 12h	850	1'180
<input type="checkbox"/>	3 matinées jusqu'à 12h	620	890
	AUTRES OPTIONS*	MEMBRE	NON-MEMBRE
<input type="checkbox"/>	Prix par repas	15	25
<input type="checkbox"/>	Garderie (mercredi et vendredi) repas inclus	190	260
<input type="checkbox"/>	1/2 journée de dépannage	70	95
<input type="checkbox"/>	Garderie lundi/mardi/jeudi de 16h30 à 18h00 (goûter inclus)	270	370
<input type="checkbox"/>	Garderie mercredi de 13h30 à 18h00 (goûter inclus) selon le nombre d'inscrits au 30.06.2024	270	370

* Les inscriptions à temps partiel et choix supplémentaires de repas, de collation ou de garderie se font pour l'année. L'engagement des enseignants se faisant sur cette base, il ne sera accepté aucune baisse de taux ou de service en cours d'année, sauf exception d'urgence attestée par un document.

** Veuillez s'il vous plaît nous envoyer à gan@comisra.ch
la photocopie de la carte d'assurance et de la police responsabilité civile.

FICHE ENFANT

Médicale ^(1/2)



Médecin traitant :

N° de tél. :

Intolérances alimentaires (lactose, gluten, autre) à préciser :

Allergies

Pour la sécurité de votre enfant, merci de nous communiquer les produits ou substances auxquels votre enfant peut être allergique :

Médicaments :

Antibiotiques :

Aliments :

Pollen :

Animaux et insectes :

Antécédents médicaux : Oui Non

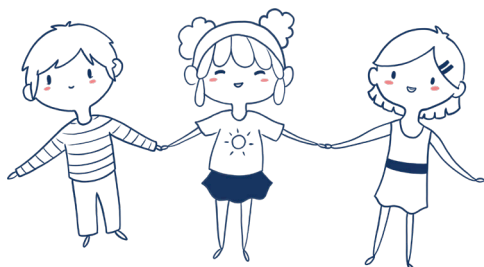
Si oui, précisez :

Date du dernier traitement :

Traitement en cours (précisez le type, les médicaments, la durée)

Ponctuel :

Long terme :



FICHE ENFANT

Médicale (2/2)



Autorisation parentale pour les soins médicaux

Pour toute situation médicale d'urgence ou pas, la famille sera systématiquement contactée en premier lieu par téléphone. En cas de non-réponse, le Gan Yéladim a besoin de votre accord par signature pour agir.

Je soussigné, (nom et prénom)

représentant légal, autorise les responsables de l'établissement à apporter à mon enfant :

.....
tous soins nécessités par son état tels que :

Administration de médicaments basiques : paracétamol, pommade anti-inflammatoire, désinfection d'une plaie, etc.

En cas d'urgence

Si les parents sont injoignables, prévenir :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Transport accompagné dans un véhicule médicalisé. (S'il est impossible de vous joindre, nous vous signalons que votre enfant sera transféré en cas d'urgence dans un établissement de santé afin de lui prodiguer les premiers soins nécessaires.)

Toute absence pour cause de maladie ou pour toute autre raison doit être annoncée par les parents, au plus vite. Les enfants malades ne sont pas accueillis au Gan Yéladim, sauf si les parents fournissent une attestation médicale indiquant qu'il n'y a pas de danger de contagion et que l'enfant malade est apte à suivre le programme scolaire.

Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant sans une ordonnance médicale.

Nous attestons par notre signature avoir transmis toutes les informations nécessaires à la bonne prise en charge de notre enfant.

Date et signature des parents : (en cas de séparation, signature des 2 parents obligatoire)

Père : Mère :

Date :



FICHE PARENTS (1/2)



Famille :

Membre CIG Oui Non Désire le devenir

Adresse :

CP : Lieu :

Tél. domicile :

Père

Nom : Prénom :

Profession : Employeur :

État civil : E-mail :

Tél. portable : Tél. prof. :

Mère

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Profession : Employeur :

État civil : E-mail :

Tél. portable : Tél. prof. :

Pour les personnes non-membres de la CIG, nous vous remercions de joindre une copie de votre kétouba ou une attestation de judaïté de la maman.

SI LE DOMICILE DE(S) L'ENFANT(S) EST DIFFÉRENT DE CELUI DES PARENTS :

Personne chez qui l'(les) enfant(s) habite(nt) :

Adresse :

CP : Lieu :

Lien de parenté :

Adresse de facturation :

.....



Je souhaite régler la facture annuelle en une seule fois (sous 10 jours) et ainsi bénéficier d'un rabais de 3%

Autorisations

J'autorise mon (mes) enfant(s) à sortir du Gan Yéladim pour des promenades, visites de sites

Oui Non

J'autorise la direction du Gan Yéladim à utiliser l'image de mon (mes) enfant(s) pour illustrer des articles concernant le Gan Yéladim

Oui Non

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon (mes) enfant(s)

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Je, nous soussigné(s) reconnais(sons) avoir pris connaissance des tarifs d'écolage, du règlement du GAN pour l'année 2024 - 2025 et m'-nous engage-ons à les respecter.

Signature des parents :

Date :

