

# 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 :

	FRAIS ANNUELS	MEMBRE	NON-MEMBRE
<input checked="" type="checkbox"/>	Frais annuels fournitures et sorties	795	1650
	<b>FRAIS ET ECOLAGES MENSUELS</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Contribution aux frais de sécurité	80	150
<input type="checkbox"/>	Temps complet (repas inclus) / semaine	1320	2700
<input type="checkbox"/>	5 matinées / semaine, jusqu'à 12h00	895	1770
<input type="checkbox"/>	3 matinées / semaine jusqu'à 12h00	650	1050
	<b>AUTRES OPTIONS *</b>		
<input type="checkbox"/>	Repas / unité	16	38
<input type="checkbox"/>	½ journée de dépannage	75	145
<input type="checkbox"/>	Garderie (mercredi et vendredi) repas inclus	200	390
<input type="checkbox"/>	<b>Garderie extra-scolaire</b> (selon le nombre d'inscrits au 27 juin 2025)		
<input type="checkbox"/>	Lundi/mardi/jeudi de 16h00 à 18h00 (goûter inclus)	285	555
<input type="checkbox"/>	Mercredi de 13h30 à 18h00 (goûter inclus)	285	555

\* 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](mailto:gan@comisra.ch) la photocopie de la carte d'assurance et de la police responsabilité civile



# FICHE ENFANT

## Médicale (1/2)



Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Hôpital de prédilection : \_\_\_\_\_

	Oui :	Non :	Informations complémentaires
Allergies alimentaire			Si oui, préciser le ou les aliment(s) : <input type="checkbox"/> Intolérance nécessitant uniquement un régime d'éviction <input type="checkbox"/> Allergie avec médicaments d'urgence en réserve
Allergie médicamenteuse			Si oui, préciser le ou les médicament(s) : _____
Autre Allergie			Si oui, préciser : _____
Problème respiratoire			
Epilepsie/convulsion			
Trouble de la vision			
Trouble de l'audition			
Autres			

Les vaccinations de votre enfant sont-elles à jour ?      Oui :      Non :

**Merci de fournir une copie du carnet de vaccination**

Votre enfant suit-il un traitement médicamenteux ?      Oui :      Non :

Précisions : (nom du médicament, dosage, durée) :

\_\_\_\_\_

Observations particulières : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





### 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

### 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)**

Parent 1 :

Parent 2 :

Date :



# FICHE PARENTS (1/2)



Famille :

Membre CIG : Oui :  Non :

Adresse :

CP :  Lieu :

Tél. domicile :

## Parent 1 :

Nom :  Prénom :

Profession :  Employeur :

État civil :  E-mail :

Tél. portable :  Tél. prof :

## Parent 2 :

Nom :  Prénom :

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

Adresse et e-mail de correspondance :

Lien de parenté :

# FICHE PARENTS (2/2)



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 :

Fiche droit à l'image à compléter et à retourner (en annexe)

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 2025-2026 et m'-nous engage-ons à les respecter.

Signature des parents :

Date :

