



Bulletin d'inscription

Année scolaire 2025-2026

Inscription à renvoyer par courrier ou par email **Jusqu'au 30 avril 2025** à :

Association Catimini
c/o Zoé Fleury
Rte de Belmont 28
1741 Cottens
maternelle.catimini@gmail.com

Nombre de matinées par semaine : 1 2 3

Jours de préférence : Mardi Mercredi Jeudi

Pour les enfants âgés entre 3 et 4 ans, nous préconisons 2 matinées par semaine afin de se préparer au mieux à la rentrée en 1H.

Veuillez prendre note que nous tenons compte des inscriptions dans leur ordre d'arrivée et nous nous excusons d'avance si nous ne pouvons satisfaire toutes vos demandes.

Données de l'enfant

| | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Sexe : | <input type="checkbox"/> Garçon / <input type="checkbox"/> Fille |
| Date de naissance : | |
| Adresse : | |
| NPA / Commune : | |
| Langue parlée à la maison : | |
| 2 ^{ème} langue parlée : | |
| Nom, prénom et âge des frères/sœurs : | |

Parent 1

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Date de naissance : | |
| Adresse : | |
| Adresse email (sera utilisée pour les communications et la facturation) : | |
| Téléphone : | |

Parent 2

| | |
|---------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Date de naissance : | |
| Adresse : | |
| Adresse email : | |
| Téléphone : | |

Personnes de contact durant les heures de classe (si besoin)

| Nom | Prénom | Téléphone |
|-----|--------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Santé

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Votre enfant présente-t-il des besoins particuliers liés à sa santé ? | | |
| Santé | | |
| Allergies (alimentaires, médicamenteuses, etc.) | | |
| Votre enfant est-il suivi : | | |
| Logopédie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Psychomotricité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Psychologie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Par le SEI (Service Educatif Itinérant) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Situation familiale particulière | | |
| Acceptez-vous que votre enfant reçoive de l'Arnica en cas de besoin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |

Protection de l'image

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autorisez-vous l'enseignant à prendre des photos de votre enfant, uniquement dans le cadre de « Catimini » pour les besoins de bricolages ou pour le cahier de classe ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| NB : Les photos sur lesquelles les enfants pourraient être reconnus ne seront en aucun cas publiées sur notre site Internet ou sur notre page Facebook/Instagram. |

Par la présente, nous certifions avoir pris connaissance du règlement Catimini ainsi que des conditions financières.

Lieu et date : _____ Signature du parent 1 : _____
Signature du parent 2 : _____