

**Direction** Aurélie Mindel

**Téléphone** +41 76 243 55 65

**Courriel** info@montessori-fribourgeoise.ch

**Adresse** Rte Chantemerle 58, 1763 Granges-Paccot

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

---

Camp de vacances de la Toussaint !

Semaine du 14 au 18 octobre 2024

---

*Toutes les données renseignées dans le formulaire sont traitées de manière confidentielle.*

### DONNÉES DE L'ENFANT

Prénom : .....

Nom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Localité : .....

Langue maternelle : .....

Autre(s) langue(s) parlée(s) : .....

## DONNÉES DES PARENTS OU DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

	Parent / représentant	Parent / représentant
Prénom :		
Nom :		
Relation à l'enfant :		
N° tél portable :		
N° tél professionnel :		
Adresse email :		
Adresse et localité : (si différente de celle de l'enfant)		
Profession :		
Employeur :		

## AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

	Personne	Personne
Prénom :		
Nom :		
Relation à l'enfant :		
N° tél portable :		

## FRÉQUENTATION DU CAMP DE VACANCES

Notre enfant est âgé de 3 à 6 ans et participera au camp de vacances les jours suivants :

- Lundi 14 octobre de 9h00 à 17h00
- Mardi 15 octobre de 9h00 à 17h00
- Mercredi 16 octobre de 9h00 à 17h00
- Jeudi 17 octobre de 9h00 à 17h00
- Vendredi 18 octobre de 9h00 à 17h00

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR L'ENFANT

Allergies / intolérances alimentaires / maladies / traitements ou médicaments en particulier :

.....  
.....

Est-ce que votre enfant est continent ? .....

## RÈGLEMENT DU MONTANT

L'inscription de votre enfant sera finalisée à la réception du présent formulaire et du montant du camp de vacances (90 CHF / jour) à verser sur le compte de l'école, dont les coordonnées bancaires sont :

Banque : WIR, Auberg 1, 4002 Basel  
Titulaire du compte : Ecole Montessori Fribourgeoise  
IBAN : CH71 0839 1834 9573 2180 1



Lieu et date : .....

Signature(s) :

.....  
Parent / représentant

.....  
Parent / représentant