



Fiche d'inscription

1) Le participant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

2) Informations générales

Nom du chef(-fe) de famille :

Adresse :

Numéro de GSM :

Autre numéro :

Email :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : Tél :/ Lien de parenté :

Nom : Tél :/ Lien de parenté :

Nom : Tél :/ Lien de parenté :

3) Dates de fréquentation :

lundi 6 avril 2020

mardi 14 avril 2020

mardi 7 avril 2020

mercredi 15 avril 2020

mercredi 8 avril 2020

jeudi 16 avril 2020

jeudi 9 avril 2020

vendredi 17 avril 2020

vendredi 10 avril 2020

4) Paiement (5€/enfant et /jour)

Le paiement se fait **UNIQUEMENT** par virement bancaire sur le numéro de compte **BE04 0910 0037 8531** en veillant à inscrire le nom et prénom de l'enfant ainsi que les dates de fréquentation en communication libre.

5) Activités

Le participant peut-il participer à toutes les activités proposées (sports, jeux, activités manuelles et culinaires, ...) ? **Oui** **Non**

Si non, lesquelles et pour quelle raison ?

6) Informations médicales

Nom du médecin traitant :

Tél :

Groupe sanguin du participant :

Quel est son poids ? Sa taille ?

A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? **Oui** **Non**

Date du dernier rappel :

Est-il/elle allergique à certains aliments, substances ou médicaments ? **Oui** **Non**

Si oui, lequel ?

Est-ce une allergie au toucher et/ou à l'ingestion ?

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

Porte-t-il/elle des lunettes ? **Oui** **Non**

Porte-t-il/elle un appareil auditif ? **Oui** **Non**

Quelles sont les maladies ou interventions médicales subies par le participant et en quelle année (appendicite...) ?

Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Fréquence et gravité du trouble	Si oui : • Quel est son traitement habituel ? • Comment réagir ? • Quelles précautions particulières prendre ?
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asthme / Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Saignements de nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladie contagieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sensibilité particulière au soleil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Affections cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Handicap mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre (Précisez)				

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre/séjour de vacances ? **Oui** **Non**

Si oui, lesquelles ?

Le participant doit prendre des médicaments durant nos activités ? **Oui** **Non**

il/elle est autonome dans la prise de ces médicaments (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants) ?

il/elle n'est pas autonome et un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement sont fournies à l'animateur qui aidera le participant dans la prise de ses médicaments (la personne responsable de l'enfant prend connaissance que la structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicament.)

Remarque importante :

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-contre et ce, à bon escient : désinfectant, pommade anti-inflammatoire, pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'accueil de mon enfant par les responsables de la structure ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé du jeune, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur accord

<p>Nom :</p> <p>Date de signature :</p> <p>Signature des parents ou du responsable :</p>

ATTESTATION PROFESSIONNELLE

En application avec la réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19.

Par cette attestation, je certifie :

- que mon emploi fait partie des emplois de première ligne, dans les domaines tels que les soins de santé, la sécurité publique, l'accueil de la petite enfance, l'accueil des personnes âgées (toutes catégories de personnel confondus),
- que je suis astreint(e) à travailler et suis dans l'impossibilité de faire garder mon/mes enfants.

Nom et prénom du père :

Nom et Prénom de la mère :

Date de naissance du père :

Date de naissance de la mère :

Adresse :

Activité professionnelle du père :

Employeur :

Activité professionnelle de la mère :

Employeur :

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :