

CENTRES DE VACANCES - INSCRIPTION

à rentrer au centre de vacances le 1^{er} jour de présence

Je soussigné(e): père, mère, tuteur, personne assurant la garde légale (2) (1)

de l'enfant : né le/...../.....

domicilié : rue n° commune..... code postal

n° de téléphone : n° de portable :

école fréquentée en 2008-2009 : à Flémalle – hors de Flémalle (1)

l'inscris au centre de vacances de(s) : **Trixhes – Fontaine – Ramet** (1).

- **Personne(s) à contacter d'urgence pendant la plaine (père, mère, grands-parents, autres...)**

NOM + PRENOM	ADRESSE	Numéro de téléphone

- **J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile** (1)

a) par ses propres moyens (1)

- tous les jours - occasionnellement (veuillez préciser les jours au responsable du centre)

b) en empruntant le transport organisé (1)

- tous les jours - occasionnellement (veuillez préciser les jours au responsable du centre)

- **Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul à mon domicile** (1)

Il pourra être repris au centre de vacances par les personnes suivantes exclusivement (2) :

NOM + PRENOM	ADRESSE	Numéro de téléphone

- **J'autorise - Je n'autorise pas** (1) mon enfant à participer aux excursions organisées par le centre de vacances (dans et hors de la commune de Flémalle)

- **J'autorise le personnel responsable du centre de vacances à prendre toutes mesures indispensables en cas d'intervention chirurgicale urgente à pratiquer éventuellement sur la personne de mon enfant.**

Il est cependant entendu que, dans la mesure du possible, je serai averti(e) préalablement.

- **Les GSM chez les enfants sont interdits sous peine de confiscation.**

Date :

Signature :

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) dans le cadre d'une garde confiée par jugement et risquant d'entraîner une contestation, joindre une preuve de la décision.

Fiche Santé (confidentielle)

Le Participant NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

NOM du père : Prénom :

Situation Au travail : oui – non / Revenus de remplacement (chômage, mutuelle, CPAS, ...) : oui – non

NOM de la mère : Prénom :

Situation Au travail : oui – non / Revenus de remplacement (chômage, mutuelle, CPAS, ...) : oui – non

Adresse :

Tél. privé : GSM :

Tél. travail (le cas échéant) :

Lieux de vie

▪ Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents / autre :

▪ Type d'enseignement suivi : général / spécialisé Année scolaire :

▪ A-t-il des frères ou sœurs ? oui / non. Si oui, combien ?

▪ Quelle est sa langue usuelle ?

Loisirs

▪ Quels sont ses loisirs favoris ?

▪ Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ?

▪ Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui / non

Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

▪ Sait-il/elle rouler à vélo ? oui / non

▪ A-t-il/elle déjà participé à un centre de vacances ? oui / non

Si oui, où et quand ?

Repas

▪ Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui / non. Si oui, lesquels ?

A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non. Si oui, lesquels ?

Est-il végétarien/végétalien ? oui / non

Santé

▪ Nom du médecin traitant et téléphone :

▪ Etat de santé actuel du participant : TB / B / Moyen

▪ Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui / non

▪ Groupe sanguin :

INFORMATIONS MEDICALES

▪ **L'enfant souffre-t-il** (de manière permanente ou régulière) **de** :

	OUI	NON	Si OUI, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			

Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui / non
Si oui, quand et laquelle ?
- Est-il/elle allergique ?
A certains produits alimentaires ? oui / non. Si oui, lesquels ?
A certains médicaments ? oui / non. Si oui, lesquels ?
Au soleil ? oui / non. Si oui, quelles précautions particulières prendre ?
A d'autres choses ? oui / non. Si oui, à quoi ?
- Votre fille est-elle réglée ? oui / non
- Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? oui / non
Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?
.....
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières ?
Porte-t-il des lunettes ? oui / non. Si oui, quelle dioptrie ?
Porte-t-il un appareil auditif ? oui / non
- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui / non. Si oui, lequel ?
- A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui / non
Date de la première injection :Date du dernier rappel :
- Quel est son poids ?..... Sa taille ?.....
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ?

Les informations strictement confidentielles fournies dans cette « Fiche Santé » sont réputées exactes et complètes.

L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toutes mesures médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...)

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) :

Date de signature :

Signature des parents ou du responsable :

Prière de
joindre 1 vignette de mutuelle

