Annexe 1 : Fiche d'inscription, fiche santé

Accueil extrascolaire

## Participant

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’enfant : | |  | | | | | Prénom : | |  | | | |
| Date de naissance : | |  | | | | |  | | |  | | |
| Nom de l’école fréquentée : | | | |  | | | | | | | Classe : |  |
| Nom du chef de famille : | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse : |  | | | | | | | | | | | |
| Téléphone privé : |  | | | | |  | | | |  | | |
| GSM papa : |  | | | | | GSM maman : | |  | | | | |
| Tél. travail papa : |  | | | | | Tél. travail maman : | |  | | | | |
| Heure d’arrivée : |  | | | | | Heure de retour : | |  | | | | |
| Personnes autorisées à reprendre l’enfant (nom + prénom) : | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |

## Repas \*

🞏 **Aliments** qu’il/elle ne digère pas :

🞏 **Régime alimentaire** particulier à suivre :

## Santé \*

Nom du **médecin traitant** : Téléphone :

Adresse :

🞏 L’enfant est soigné par **homéopathie**

🞏 L’enfant a subi une **maladie ou intervention** grave : *Quand ?*

*Laquelle ?*

🞏 Il/elle doit prendre des **médicaments** pendant la journée :

🞏 Il/elle est porteur·euse d’un **handicap** :

🞏 Il/elle est vacciné·e contre le **tétanos :**  *1ère injection le : ..*… / ..… / …… *Dernier rappel le : ..*… / ..… / ……

### Allergies \*

🞏 à certains **produits alimentaires**:

🞏 à certains **médicaments**:

🞏 Autres allergies :

### Maladies et affections chroniques \*

L’enfant souffre-t-il régulièrement ou de manière permanente d’une des **affections** suivantes ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Diabète  🞏 Maladie cardiaque | 🞏 Épilepsie  🞏 Asthme | 🞏 Saignements de nez  🞏 Autres |

*Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières à prendre ?   
Merci de joindre une attestation médicale en cas de traitement.*

Avez-vous **d’autres renseignements utiles** à transmettre aux responsables des plaines ?

## Règlement

Tout changement d’adresse doit être signalé directement au service compétent. Toute inscription est payante. **Le paiement doit être effectué dès réception de la facture, mais pas avant.** Toute absence non signalée sera comptabilisée comme présence.

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Je soussigné(e),

**NOM :**

**PRENOM :**

**ADRESSE :**

**REPRESENTANT LEGAL DE :**

**donne mon accord** pour l’inscription de l’enfant précité aux conditions prescrites. Les informations que j’ai fournies dans cette « Fiche inscription/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.

**donne procuration** aux responsables de l’accueil extrascolaire/ des plaines communales pour prendre en mon nom les mesures médicales qui s’avèreraient nécessaires.

J’ai bien pris connaissance du règlement d’ordre intérieur l’Accueil Temps Libre.

Fait à …………………………………. Le………………………………….

Signature de la personne concernée

ou de son représentant légal :

Annexe 3 : Formulaire de consentement :

Droit à l’image

Je soussigné(e),

**NOM :**

**PRENOM :**

**ADRESSE :**

**REPRESENTANT LEGAL DE :**

Marque mon accord au droit à l’image de mon enfant dans le cadre des activités extra-scolaire et plaines communales de vacances :

* Publication sur le site internet communal OUI - NON
* Publication sur la page Facebook « Accueil Temps Libre Yvoir » OUI - NON
* Publication sur la page Facebook communale « Commune d’Yvoir » OUI - NON
* Publication de photo dans le cadre d’un article de presse vers l’Avenir OUI - NON
* Publication de photo dans le bulletin communal OUI - NON

Je me déclare parfaitement informé des droits qui me sont attribués et reconnus par la Législation en matière de protection des données à caractère personnel, dont notamment celui de retirer à tout moment le(s) consentement(s) donné(s) par le présent formulaire et le droit d’obtenir l’effacement des données en adressant une simple demande à l’adresse mail : alt@yvoir.be.

Fait à …………………………………. Le………………………………….

Signature de la personne concernée

ou de son représentant légal :