

Fiche d'inscription pour le stage "A la recherche du trésor de Black Jack"

Coordonnées de l'enfant

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Personne(s) de contact

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Num _____

Code postal _____ Ville _____

Adresse E-mail _____

Tel du papa _____ Tel de la maman _____

Autre(s) personne(s) à contacter en cas d'urgence et autorisée(s) à reprendre votre enfant:

Nom et prénom

Lien de parenté

Numéro de téléphone

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fiche médicale

Nom du médecin traitant _____ Tel _____

Adresse _____

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité?
(ex : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, problème de sommeil, hyperactivité...)

Oui Non Si oui, lesquelles _____

A-t-il subi des maladies ou des interventions médicales? Oui Non (description + année)

Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? Oui Non

Est-ce qu'il suit un régime alimentaire spécifique ? Oui Non

A-t-il des allergies? Oui Non

Devra-t-il prendre des médicaments durant le stage ? Oui Non

NB: Le médicament doit être accompagné de la prescription médicale complète du médecin traitant (produit, mode d'administration, dosage, fréquence et durée) ainsi que la notice d'explication.

Est-il autonome dans sa prise de médicament? Oui Non

A-t-il/elle un handicap? Oui Non

Sait-il nager ? Très bien Bien Moyennement Pas du tout

Peut-il prendre part aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, baignade...) Oui Non

Est-il en ordre de tétanos? Oui Non Date du dernier rappel _____

Doit-on le mettre à la sieste ? Oui Non

Y a-t-il d'autres éléments dont nous devrions disposer afin que son/ses stage(s) se déroule(nt) au mieux ?

Autorisation

« Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. »

AUTORISATION PARENTALE

Nom de l'organisme organisant le(s) stage(s) **CIRAC F.GOSSE Asbl**
Coordonnées de l'animateur ou coordinateur du groupe: **VIROUX Lyse**
Adresse complète **Rue des Martyrs 13 à 6987 Marcourt (Rendeux)**

Je soussigné(e) (nom et prénom) _____

Père Mère Tuteur Répondant

autorise (nom et prénom) _____

à participer au stage d'au _____

Durant cette période:

Je le/la place sous la garde de ses encadrants.

Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.

Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

autorise n'autorise pas

que mon enfant soit photographié et que les photos puissent être utilisées uniquement à des fins professionnelles par l'asbl CIRAC F.GOOSSE. Les photos pourront être publiées sur le site internet www.cirac.be, sur nos pages Facebook et Instagram "CIRAC asbl", dans nos brochures, affiches, flyers et panneaux publicitaires. En aucun cas, l'association ne cédera les photos visées à des tiers.

Mention lu et approuvé _____

Date _____

Signature

