

## 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)	<b>CIRAC F.GOSSE Asbl</b>
Coordonnées de l'animateur ou coordinateur du groupe:	<b>VIROUX Lyse</b>
Adresse complète	<b>Rue des Martyrs 13 à 6987 Marcourt (Rendeux)</b>

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](http://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





