

Photo

**ATTENTION !** Ce questionnaire doit être entièrement complété avec précision et lisiblement par vous-même ou par un médecin.  
Ces renseignements nous permettront d'organiser des activités adaptées aux besoins et aux possibilités de votre enfant ; de vous contacter en cas de soucis ; et de vous envoyer l'attestation fiscale.

## Fiche d'inscription - Plaine de vacances de Bernissart 2019

A remettre obligatoirement soit au chef de plaine le premier jour de participation, soit au service des plaines de vacances (au Centre Administratif du Préau) qui devra alors en disposer au plus tard le jour ouvrable précédant votre 1<sup>er</sup> jour de participation.

### Identité de l'enfant

Nom :	.....	Prénom :	.....	Date de naissance :	.....
Adresse :	.....				

### Personnes à prévenir en cas d'urgence

	Chef de famille	Si chef de famille absent ou injoignable
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Lien de parenté :	.....	.....
Adresse :	.....	.....
Téléphone privé :	.....	.....
GSM :	.....	.....
Téléphone travail (le cas échéant) :	.....	.....

### Informations médicales

- Nom et téléphone du médecin traitant .....
- Etat de santé actuel de l'enfant 

Très bon	<input type="radio"/>	Bon	<input type="radio"/>	Moyen	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	-----	-----------------------	-------	-----------------------
- Groupe sanguin .....
- 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			
Mal de route			
Asthme			
Saignements de nez			
Coups de soleil			
Handicap mental/moteur			
Autres (précisez)			

Suite de la fiche d'identification et de santé au verso

- A-t-il/elle subi une maladie ou une intervention grave ? 

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

  
Si oui laquelle et quand ? .....
- Est-il allergique ?
  1. A certains médicaments ? 

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

  
Si oui, lesquels ? .....
  2. A certains produits alimentaires ? 

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

  
Si oui, lesquels ? .....

3. Au soleil? 

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Si oui, quelles précautions particulières prendre ? .....

4. A d'autres choses ? 

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Si oui, à quoi ? .....

Devra-t-il prendre des médicaments pendant le séjour ? 

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Si oui lesquels et en quelle quantité ? .....

A-t-il/elle été vacciné contre le tétanos ? 

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Date de la première injection ? .....

Date du dernier rappel ? .....

Poids de l'enfant : .....

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

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Si oui laquelle/lesquelles ? .....

**Autres informations utiles**

Pour se rendre au camp de vacances, l'enfant prendra-t-il le bus ?

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Pour le retour à la maison, l'enfant prendra-t-il le bus ?

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Si non, indiquez ci-dessous le(s) nom(s) de la ou des personne(s) susceptible(s) de reprendre l'enfant

.....

.....

**Loisirs**

Quels sont ses loisirs favoris ? .....

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

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Si oui, lesquelles ? .....

Peut-il/elle pratiquer la natation? 

Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>
-----	-----------------------	-----	-----------------------

Si oui nage-t-il?

Très bien	<input type="radio"/>	Bien	<input type="radio"/>	Difficilement	<input type="radio"/>	Pas du tout	<input type="radio"/>

Dans le cadre des activités organisées au sein du centre de vacances, je marque mon accord pour la prise et la diffusion de photographies/vidéos (bulletin communal, ...). 

Ou	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
i		n	

Les informations fournies dans cette « fiche d'identification et de 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 camp à prendre, sur avis d'un médecin, toute mesure qui s'avèrerait nécessaire (opération, traitement médical,...) dans les cas où tout retard dans la prise d'une décision pourrait causer un dommage à la santé de l'enfant.

Nom du signataire : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Je déclare avoir pris connaissance du ROI et du projet pédagogique de la plaine.

Date et signature