



**BULLETIN D'INSCRIPTION**

A REMETTRE AVEC LE PAIEMENT AU PLUS TARD LE **28 juin** à l'Administration communale de Berchem-Sainte-Agathe – Service Jeunesse – avenue du Roi Albert, 23.

**Annexer OBLIGATOIREMENT au bulletin d'inscription** : copie de la preuve de paiement (1 paiement distinct par enfant) + fiche santé dûment remplie.

**Un formulaire par participant !**

**Coordonnées du participant (A COMPLETER EN MAJUSCULES) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le..... Sexe : M - F (\*)

Habitant à ..... (code postal) ..... (commune)

Rue/av. : .....N°.....Boîte.....

Tél (parents) : ..... Nom (parents) : .....

Email (parents).....@.....

**Autorisations**

- déclare avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement et marque mon accord avec les directives qui y sont reprises ;
- si mon enfant participe à une activité « piscine », je confirme qu'il est capable de nager une distance de 100m et peut participer à l'activité en toute sécurité.
- accepte / n'accepte pas (\*) que des photos de mon enfant tirées lors des activités soient publiées dans le journal local, le Berchem News, ou dans tout autre support de promotion de la commune.
- souhaite/ ne souhaite pas être informé des activités du Service Jeunesse

Activité	Prix	Je participe
Apprendre à s'orienter 3/7	5€	Oui -Non
Squash 4/7	5€	Oui -Non
Walibi 5/7	20€	Oui -Non
Bowling 6/7	7€	Oui -Non
Technopolis 7/7	20€	Oui -Non
Stage Vélo du 10 au 14/7	Berchem 30€ - Non-Berchem 90€	Oui -Non
Paintball 17/7	20€	Oui -Non
BXL-les-bains 18/7	5€	Oui -Non
Musée du Malgré-Tout 19/7	20 €	Oui -Non
Sport Aventure 20/7	20 €	Oui -Non
Pairi Daiza 24/7	20 €	Oui -Non
Laser Game 25/7	20€	Oui -Non

Karting 26/7	20€	Oui - Non
Manège 27/7	20€	Oui - Non
Initiation Boxe Thaïlandaise 28/7	5€	Oui - Non
Stage d'Impro du 31/7 au 4/8	Berchem 20€ - Non-Berchem 60€	Oui - Non
Stage Shake it up du 7 au 11/8	Berchem 30€/Non-Berchem 90€	Oui - Non
Stage Manga du 14 au 18/8	Berchem 30€/Non-Berchem 90€	Oui - Non
Stage Rugby du 21 au 25/8	Berchem 30€/Non-Berchem 90€	Oui - Non
Cinéma 28/8	7€	Oui - Non
Initiation au grappling 29/8	5€	Oui - Non
Clôture BBQ 30/8	gratuit	Oui - Non

Signature : ..... Berchem-sainte-Agathe, le.....2017



**FICHE SANTE**

**Le/la participant(e)**

NOM ..... PRENOM ..... Date de naissance: .....

NOM DU CHEF DE FAMILLE : .....

Tél.privé: ..... Tél.bureau: ..... GSM : .....

Lieux de vie

- Où l'enfant vit-il/elle habituellement ? famille/institution/grands-parents/autre: .....
- Personnes à contacter en cas d'urgence pendant les activités :
  1. Nom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....
  2. Nom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....
- Type d'enseignement suivi : général – spécialisé  
Année d'études : .....  
Ecole fréquentée .....
- Quelle est sa langue usuelle ? .....

**Santé**

- NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....Téléphone : .....
- Etat de santé actuel du (de la) participant (e) : Très bien Bien Moyen
- GROUPE SANGUIN : .....
- L'enfant est-il soigné par homéopathie : oui / non

**INFORMATIONS MEDICALES : L'enfant souffre-t-il/elle 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 ?.....
- Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant les activités? oui/non  
Si oui, le(s) quel(s), quand et pourquoi? .....
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :  
Porte-t-il/elle des lunettes ? oui/non Si oui, quelle dioptrie ?.....  
Porte-t-il/elle un appareil auditif ? oui/non
- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui/non 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 ? ..... Quelle est sa taille ?.....
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation aux activités ?  
.....  
.....  
.....

**Les informations 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 l'administration communale à prendre toutes mesures médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médicale ...).**

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

Date de signature : .....

Signature des parents ou du responsable : .....

**COLLER ICI UNE VIGNETTE de mutuelle**