COMMUNE DE BERCHEM-SAINTE-AGATHE
STAGES ET PLAINES DE VACANCES COMMUNALES ÉTÉ 2016
Service Jeunesse
19, Avenue du Roi Albert - 1082 Berchem-Ste-Agathe
02/563.59.20
jeunesse.jeugd@1082berchem.irisnet.be

Annexe n°1

STAGES ET PLAINES DE VACANCES COMMUNALES ÉTÉ 2016
BULLETIN D'INSCRIPTION

A REMETTRE AVEC LE PAIEMENT à l'Administration communale de Berchem-Sainte-Agathe – Service Jeunesse – avenue du Roi Albert, 19.

!!! C'est le paiement qui valide l'inscription !!!

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

Un formulaire par enfant !

Coordonnées de l'enfant (A COMPLETER EN MAJUSCULES) :

Nom : …… Prénom : ……

Sexe : M-F (*)……Date de naissance :……

Adresse :……N°……Boîte……

Code Postal : …… Commune:……

Tél (parents) :…… Personne de contact en cas d'urgence : ……

SOUHAITE S'INSCRIRE AUX ACTIVITES DE VACANCES SUIVANTES :

Semaine du 4/07 au 8/07/2016

- Stage Multisports (6-12 ans)
- Stage Psychomotricité et découverte des 5 sens (2,5-3 ans)
- Stage Vélo et éveil musical (5 ans)
- Plaines de vacances (2,5-12 ans)

Semaine du 11/07 au 15/07/2016

- Plaines de vacances (2,5-12 ans)

Semaine du 18/07 au 20/07/2016
(pas d'activités le 21/07 et le 22/07)

- Plaines de vacances (2,5-12 ans)

Semaine du 25/07 au 29/07/2016

- Plaines de vacances (2,5-12 ans)

Semaine du 1/08 au 5/08/2016

- Plaines de vacances (2,5-12 ans)

Semaine du 8/08 au 12/08/2016

- Plaines de vacances (2,5-12 ans)

Semaine du 16/08 au 19/08 (pas d'activités le 15/08)

- Plaines de vacances (2,5-12 ans)

Semaine du 22/08 au 26/08/2016

- Stage Apprendre à nager et bricolage (4-6 ans)
- Stage Multisports (6-12 ans)
- Plaines de vacances (2,5-12 ans)

LES INFORMATIONS CI-DESSOUS SONT A COMPLETER UNIQUEMENT LORS DE LA PREMIERE INSCRIPTION DE L'ANNEE SCOLAIRE 2015-2016 OU S'IL Y A DES MODIFICATIONS DANS VOS COORDONNEES

Informations concernant le parent, tuteur ou personne responsable de l'enfant à contacter

Nom : …… Prénom : …… père/mère(*)

N° de registre national (voir carte d'identité) : ……

A compléter si différent de l'enfant :

Adresse : ……N°……Boîte……

Code Postal : ……Commune:……

Email :……

Remarque :

- **Il est impératif de nous communiquer votre n° de compte : les remboursements éventuels s'effectueront obligatoirement sur celui-ci ;**

☞ **C'est le parent qui paye qui reçoit l'attestation fiscale**.

Payement émis à partir du compte n° ……

Au nom de ……auprès de la banque ……

Fiche santé :

Avez-vous déjà rempli une fiche santé 2015-2016 ? Oui – Non

Si non, veuillez compléter la fiche santé ci-après.

Si oui, y-a-t-il des nouvelles informations médicales concernant votre enfant à nous transmettre ?
Dans ce cas, complétez une nouvelle fiche santé.

Merci de compléter les informations suivantes :

☐ déclare avoir pris connaissance de « l'avis aux parents » et marque mon accord avec les directives qui y sont reprises ;

☐ autorise / n'autorise pas (*) mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité ;

☐ 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

(*) biffer la mention inutile

Signature et date

Annexe n°2

FICHE SANTE

Valable du 1er septembre 2015 au 31 août 2016

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 l'activité :
  1. Nom : …….…… Téléphone : …… Lien de parenté : ……
  2. Nom : …… Téléphone : …… Lien de parenté : ……

- Type d'enseignement suivi : général – spécialisé
  Classe : ……maternelle
  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 l'activité ? 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'avéreraient 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