



COMMUNE DE BERCHEM-SAINTE-AGATHE

Service Jeunesse

19, Avenue du Roi Albert
1082 Berchem-Ste-Agathe
02/464.04.86 – 02/563.59.26
jeunesse.jeugd@1082berchem.irisnet.be



**Vacances
Jeunes
Eté 2015**

Annexe n°1

BULLETIN D'INSCRIPTION

A REMETTRE AVEC LE PAIEMENT AU PLUS TARD LA VEILLE DE L'ACTIVITE à l'Administration communale de Berchem-Sainte-Agathe – Service Jeunesse – avenue du Roi Albert, 19.

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 (*)

Né(e) à le de nationalité.....

Habitant à (code postal) (commune)

Rue/av. : N° Boîte.....

Tél : Email :@.....

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 :

Habitant à(code postal)(commune)

Rue/av. : n° boîte.....

Autorisations

déclare avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement et marque mon accord avec les directives qui y sont reprises ;

accepte / n'accepte pas que mon enfant rentre seul après 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

....., le.....2015

Inscription aux activités

Activité	Prix	Je participe
Stage d'impro	15€	Oui -Non
Golf	7€	Oui -Non
Journée à la mer	10€	Oui -Non
Cirque	5€	Oui -Non
Randonnée	5€	Oui -Non
Journée Sport-Aventure (Dinant)	20€	Oui -Non
Visite de la RTBF	7€	Oui -Non
Bruxelles & Atomium	7€	Oui -Non
Bubble Soccer	7€	Oui -Non
Padel	5€	Oui -Non
Kayak	20€	Oui -Non
Vélo	5€	Oui -Non
Bruxelles-les-Bains	5€	Oui -Non
Paintball	20€	Oui -Non
Karting	20€	Oui -Non
Boxe	5€	Oui -Non
Journée Sport-Aventure (Wavre)	20€	Oui -Non
Ski nautique	20€	Oui -Non
Goolfy	7€	Oui -Non
Bowling	5€	Oui -Non
Squash	5€	Oui -Non
Equitation	20€	Oui -Non
Brussels Summer Festival	20€	Oui -Non
Zumba & Hip-Hop	5€	Oui -Non
Roller	7€	Oui -Non
Cinéma	7€	Oui -Non
Escalade	5€	Oui -Non
Barbecue	Gratis	Oui -Non



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 au stage ?
.....
.....
.....

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