

Fiche inscription :

|  |
| --- |
| **Coordonnées de l’enfant :**  |
| Prénom : | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Nom : | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Date de naissance : | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Adresse : | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Coordonnées Parent 1 ou tuteur :**  |
| Nom et prénom : | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Tél/ GSM : | Cliquez ici pour entrer du texte. | Tél prof  | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Lien de parenté : | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Coordonnées Parent 2** |
| Nom et Prénom : | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Tél/GSM : | Cliquez ici pour entrer du texte. | Tél prof | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Lien de parenté : | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Stage de carnaval 2020 :**  |
| [ ]  lundi 24 février  | [ ]  mardi 25 février | [ ]  mercredi 26 février  | [ ]  jeudi 27 février  | [ ]  vendredi 28 février  |

|  |
| --- |
| **Stage de Pâques 2020 :**  |
| [ ]  lundi 6 avril | [ ]  mardi 7 avril | [ ]  mercredi 8 avril  | [ ]  jeudi 9 avril  | [ ]  vendredi 10 avril  |

Signature des parents

Fiche santé

|  |
| --- |
| **Coordonnées de l’enfant :**  |
| Prénom : | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Nom : | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Date de naissance : | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Adresse : | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Coordonnées Parent 1 ou tuteur**  |
| Nom et prénom : | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Tél/ GSM : | tel. | Tél prof : | Tel prof |
| Lien de parenté : | Lien de parenté  |

|  |
| --- |
| **Coordonnées Parent 2 ou autre personne**  |
| Nom et Prénom : | Nom et prénom |
| Tél/GSM : | Numéro de tel. | Tél prof : | Numéro de tel. |
| Lien de parenté : | Lien de parenté . |
| Adresse : (si différente de l’enfant) | adresse. |

|  |
| --- |
| **Personnes à contacter en cas d’urgence**  |
| Nom et Prénom : | Nom et prénom  | Tel : | Numéro de tel |
| Nom et Prénom : | Nom et prénom | Tel : | Numéro de tel  |
| Nom et prénom : | Nom et prénom  | Tel : | Numéro de tel. |
| Nom et prénom : | Nom et prénom. | Tel : | Numéro de tel  |

|  |
| --- |
| **Santé**:  |
| Nom du médecin traitant : | Nom  | Tel : | Tel |
| Informations importantes à connaître en terme de santé (diabète, maladie cardiaque, épilepsie, asthme, allergie, incontinence,…) : .  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? | Oui ou non  | Groupe sanguin  | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Y a-t-il une activité qu’il (elle) ne peut pratiquer ? | Oui ou non  | Si non , quelles activités ? |  |
| Devra-y-il prendre des médicaments pendant le stage ? | oui ou non. | Si oui merci de fournir une prescription médicale  |

|  |
| --- |
| **Sieste et propreté :** |
| Doit-il faire une sieste ? | Choisissez un élément. |
| A-t-il une tutu ? | Choisissez un élément. |
| A-t-il un doudou, couverture,… ? | Choisissez un élément. |
| Est-il propre ?  | Choisissez un élément. |

[ ] Je soussigné(e) reconnaît avoir « lu et approuvé » le règlement d’ordre intérieur du stage de la commune de La Roche-en-Ardenne. Le règlement doit être conservé par les parents

[ ] Je déclare autoriser la Ville de La Roche-en-Ardenne à publier et/ou exposer des photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des activités des mercredis récréatifs et/ou stage , pour une durée indéterminée. Dans le cas contraire, merci d’en avertir les responsables

**Les animateurs disposent d’une boite de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l’attente de l’arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient.**

**Paracétamol, désinfectant, pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûres d’insectes.**

**En cas d’urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s’ils ne sont pas joignables et que l’urgence le requiert, l’intervention se fera sans leur consentement.**

[ ] **Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J’autorise le médecin local à prendre les décisions qu’il juge urgentes et indispensables pour assurer l’état de santé de l’enfant, même s’il s’agit d’une intervention chirurgicale. »**

**Date et signature (précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »)**