

Fiche inscription :

|  |
| --- |
| **Coordonnées de l’enfant :**  |
| Prénom : |  |
| Nom : |  |
| Date de naissance : |  |
| Adresse : |  |

|  |
| --- |
| **Coordonnées Parent 1 ou tuteur**  |
| Nom et prénom : |  |
| Tél/ GSM : |  | Tél prof  |  |
| Lien de parenté : |  |

|  |
| --- |
| **Coordonnées Parent 2** |
| Nom et Prénom : |  |
| Tél/GSM : |  | Tél prof |  |
| Lien de parenté : |  |

|  |
| --- |
| **Stage de Pâques :**  |
| [ ]  lundi 8 avril | [ ]  mardi 9 avril | [ ]  mercredi 10 avril  | [ ]  jeudi 11 avril  | [ ]  vendredi 12 avril  |

Signature des parents

Fiche santé

|  |
| --- |
| **Coordonnées de l’enfant :**  |
| Prénom : |  |
| Nom : |  |
| Date de naissance : |  |
| Adresse : |  |

|  |
| --- |
| **Coordonnées Parent 1 ou tuteur**  |
| Nom et prénom : |  |
| Tél/ GSM : |  | Tél prof : |  |
| Lien de parenté : |  |

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

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

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

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

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

[ ] 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 »)**