Rue du Soleil, 1 – 4367 Crisnée
Tél. 04/229.48.00
info@crisnee.be

www.crisnee.be

Fiche signalétique

Nom et prénom de l'enfant :.....

Date de naissance :.....

Adresse :.....

CP :..... Localité :.....

Numéro de registre national de l'enfant :.....

	Responsable 1	Responsable 2
Nom et prénom		
Adresse Si différente de l'enfant		
Téléphone		

COORDONNEES de la personne qui a à charge l'enfant :

Nom et prénom :.....

Numéro de registre national :.....

Adresse :.....

EMAIL :.....

- Personne à contacter en cas de nécessité et pouvant venir rechercher votre enfant sur le lieu :

Nom/prénom :.....Téléphone/Gsm :.....Lien de parenté :.....

Nom/prénom :.....Téléphone/Gsm :.....Lien de parenté :.....

Nom/prénom :.....Téléphone/Gsm :.....Lien de parenté :.....

Si votre enfant retourne avec une autre personne que celle mentionnée ci-dessus, nous vous prions de bien vouloir le signaler via une autorisation écrite préalable, à remettre aux accueillantes- responsable.

Tout changement concernant votre enfant doit être signalé au plus vite aux animateurs, animatrices, accueillantes ou à la coordinatrice ATL.

SIGNATURE :

Fiche santé

Vignette de mutuelle

Nom du médecin traitant :.....
Téléphone/ Gsm :.....

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées (sport, excursions, jeux etc...) □ Oui □ Non
Raison d'une éventuelle non-participation :.....

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le Tétanos ? □ Oui □ Non
Quelle est la date du dernier rappel ?.....

Est-il allergique à certains médicaments ? □ Oui □ Non
Si oui, lesquels ?.....

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ? □ Oui □ Non
Si oui, lesquels ?.....

L'enfant a-t-il un régime particulier à suivre ? □ Oui □ Non
Si oui, lesquels ?.....

L'enfant porte-t-il des lunettes ? □ Oui □ Non
Toujours/ rien qu'en classe ?.....

L'enfant est-il atteint de □ diabète □ asthme □ épilepsie
□ affection cardiaque □ affection cutanée
□ saignements de nez □ autres.....

Si oui, quel est son traitement et quelles sont les précautions à prendre (joindre une prescription du médecin) ?

.....
.....
.....

Avez-vous d'autres remarques utiles à formuler concernant votre enfant ?

.....
.....
.....

⚠ <u>En cas d'urgence nucléaire</u> survenant pendant nos heures d'ouverture, nous suivrons les recommandations du Ministère de la Santé publique ou du Gouverneur de notre Province concernant l'administration de comprimés d'iode. Nous vous invitons à nous signaler une éventuelle contre-indication à la prise d'iode chez votre enfant.

□ Ne présente pas d'allergie connue à l'iode

□ Présente une allergie et ne peut se voir administrer de l'iode

J'autorise un responsable ou un animateur à appeler une ambulance en cas de besoin pour mon enfant et à le transporter dans l'hôpital désigné par cette même ambulance.

□ Oui □ Non

Remarque importante concernant l'usage de médicaments

Les accueillantes disposent d'une trousse de premiers soins. En cas de nécessité, ils peuvent soigner les « petits bobos » et utiliser les médicaments cités suivants et ce à bon escient (du désinfectant, une pommade en cas de foulure et de chute, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes, pansements, crème solaire).

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.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les accueillantes et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

« 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 du centre de vacances, les animateurs, les accueillantes. J'autorise le médecin appelé sur place ou consulté 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. »

SIGNATURE :

Autorisation parentale

Je soussigné(e) .....

père / mère / représentant légal de .....

inscris mon enfant au stage/ Journée à thème/ Activités du mercredi après-midi organisés par l'Administration communale de Crisnée- Service Accueil Temps Libre

J'autorise, au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en fonction de la gravité de la situation.

□ Oui □ Non

Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé tenant compte de la prescription médicale fournie par le médecin traitant de l'enfant.

□ Oui □ Non

J'autorise le responsable des activités à utiliser mon adresse mail afin de communiquer divers renseignements tels que : envoi des attestations, demande de diverses informations sur l'enfant, envoi de publicité des autres stages et activités organisés par la commune…

□ Oui □ Non

Facturation

Après chaque trimestre, les parents recevront une facture reprenant le montant de l'accueil de l'enfant pour les mois précédents.

Autorisez-vous la coordinatrice ATL à envoyer les factures par e-mail ?

□ Oui □ Non

Adresse mail de la personne qui autorise l'envoie : ……

Droit à l'image

Dans le cadre des activités proposées lors de l'Accueil Temps Libre, des photos peuvent être réalisées. Nous sollicitons donc votre autorisation :

- □ Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de l'ATL
- □ N'autorise pas l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de l'ATL

Règlement d'ordre intérieur

Déclare avoir pris connaissance du Projet d'accueil et en approuve le contenu et m'engage à mettre tout en œuvre pour le respecter.

Nous signalerons toute modification des renseignements ci-dessus à la responsable

Fait à……, le……

NOM, PRENOM et SIGNATURE :