



Stage de Carnaval Février 2021

Fiche de renseignements

(OBLIGATOIRE - une par enfant)

❖ Chef-fe de famille

NOM : Date de naissance :/...../.....
Prénom :
Adresse :
.....
Tel. :/..... GSM :/.....
E-mail :

Besoin d'une attestation fiscale* : oui non

* Dans la situation des parents séparés, besoin de 2 attestations fiscales distinctes : oui non

Si oui, coordonnées du 2^{ème} parent :

NOM : Date de naissance :/...../.....
Prénom :
Adresse :
.....
Tel. :/..... GSM :/.....
E-mail :

❖ Enfant

NOM : Date de naissance :/...../.....
Prénom :

Implantation scolaire : 1. Meix-devant-Virton Robelmont Sommethonne 2. maternelle primaire

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

NOM : Lien de parenté : Tél :/.....
NOM : Lien de parenté : Tél :/.....
NOM : Lien de parenté : Tél :/.....

NOM et N° de téléphone du médecin traitant :

Votre enfant peut-il participer aux activités proposées (sport, excursions, jeux, natation, ...) ? oui non

Si non, lesquelles ?

Votre enfant sait-il/elle nager ? oui non

A-t-il/elle peur de l'eau ? oui non

Votre enfant a-t-il subi des maladies ou interventions médicales (ex : appendicite) ? oui non

Si oui, lesquelles et en quelle année ?



Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? oui non Si oui, date du dernier rappel :

Quel est le groupe sanguin de votre enfant ?

Votre enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? oui non

Si oui, laquelle/lesquels ?

Quelles en sont les conséquences et quelle réaction à avoir ?

.....

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? oui non

Si oui, lequel (spécifiez)

Jugez-vous important de nous signaler d'autres renseignements ou données médicales ? (port de lunettes, d'appareil auditif, spécificités propres à son fonctionnement, ...)

.....

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? oui non

Si oui, le(s)quel(s) (nom + dosage éventuel) ?

Est-il autonome dans la prise de ce(s) médicament(s) ? oui non

Si non, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.

Les accueillantes disposent d'une boîte de 1^{er} soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, elles peuvent administrer les médicaments cités ci-après et ce à bon escient (du paracétamol, du désinfectant, une pommade anti-inflammatoire, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre 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 soussigné(e) (NOM, prénom)

père mère tuteur de (NOM, prénom de l'enfant)

- ❖ place mon enfant sous la responsabilité de l'accueillante,
- ❖ reconnais avoir lu et approuvé le Règlement d'Ordre intérieur ci-joint,
- ❖ autorise l'Administration communale à capter et à diffuser sur tous supports (internet, presse, ...) et en tous formats l'image de mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil extrascolaire,
- ❖ marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé,
- ❖ marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par les accueillantes durant la fréquentation de mon enfant à l'accueil extrascolaire,
- ❖ autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de mon enfant, au cas où son état de santé réclame une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté-e personnellement.

Date et signature