DOSSIER D'INSCRIPTION 2024 - 2025

LIEU D'ACCUEIL : O LA RÉCRÉ*
O LA GRANDE RÉCRÉ*

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : ……

Lieu et date de naissance : ……..

➔ NUMERO NATIONAL : ……

NOM DU CHEF DE FAMILLE[1] : ……

A FACTURER A: ……

Adresse : ……..

……

Téléphone : ……..

Adresse mail : ……..

Ecole et année scolaire : ……

LIEU DE VIE :

Où vit l'enfant habituellement ? Famille / institution / grands-parents

AUTRES PERSONNES A CONTACTER SI PROBLÈME :

Nom et prénom : …… Téléphone : .....

Nom et prénom : …… Téléphone : .....

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECHERCHER MON ENFANT :

Dans l'éventualité, où le parent responsable ne serait pas en mesure de venir rechercher son enfant, le parent s'engage à en informer la responsable de projet.

Autres personnes habilitées à venir rechercher mon enfant :
Nom et prénom : …… Lien avec l'enfant : ……

Nom et prénom : …… Lien avec l'enfant : .....

FRÉQUENTATION :

- SYSTEMATIQUE * (tous les mercredis)
- OCCASIONNELLE * :
  Inscriptions par mois : en communiquant les dates au responsable.

* Biffer la mention inutile

[1] Par défaut, l'accueil est facturé au chef de famille.

LOISIRS :

Quels sont ses loisirs favoris ? ……

Y-a-t-il des activités qu'il ne peut pas faire ? ……..

REPAS :

Suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI/NON - Si oui, lequel ? ……

Y-a-t-il des aliments qu'il ne digère pas ? OUI/NON - Si oui, lesquels ?……..

Votre enfant souffre-t-il d'autres allergies ? OUI/NON - Si oui, lesquels ? ……..

……

SANTÉ :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT ET **TÉLÉPHONE** : ……..

Etat de santé actuelle de l'enfant : TB / B / Moyen

Groupe sanguin : ……..

Poids et taille : ……

INFORMATIONS MÉDICALES :

Informations importantes concernant la santé de votre enfant (ex : épilepsie, asthme, mal des transports, incontinence, …) : ……

……..

A-t-il subi une maladie ou intervention grave ? Oui / Non. Si oui, laquelle et quand ? ……

……

Votre enfant souffre-t-il d'un handicap mental et/ou moteur ? OUI/NON - Si oui, précisez :

……

(+ Dossier santé complémentaire à rendre)

A-t-il été **vacciné contre le tétanos** ? Oui / Non. Date du dernier rappel : ……

AUTRES REMARQUES UTILES :

……

……

Remarque : Toute administration de médicaments au sein du milieu d'accueil doit faire l'objet d'une prescription médicale préalable.

Nom du signataire…… Date : ……..

Signature :

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (dit « RGPD »), les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de ce formulaire ne seront utilisées que dans le cadre de l'accueil extrascolaire et pour la durée de l'accueil. L'administration communale et l'accueil extrascolaire prendront les mesures techniques et organisationnelles afin de protéger vos données durant la période de conservation.

AUTORISATIONS ET SIGNATURE

REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR :

Je soussigné(e) …… avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur.

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'accueil extrascolaire centralisé à photographier et /ou filmer mon enfant dans le milieu d'accueil et d'utiliser ces photos en bon père de famille :

- OUI
- NON

TRANSPORT :

J'autorise le bus communal et/ou le minibus du CPAS (bus 8 places) à venir rechercher mon enfant dans son établissement scolaire le mercredi après-midi pour le conduire dans son accueil.

- OUI
- NON



SIGNATURE DU PARENT :

Fait à : …… Date : ……

Signature :