

Centre Récréatif Aéré - Bon d'inscription

A rentrer le 1^{er} jour de cure de votre enfant (ECRIRE LISIBLEMENT S.V.P.)

NOM & PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLETE : ;

Votre enfant vient-il en car ? OUI – NON

POINT D'ARRET CHOISI :

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR DES FRAIS DE CURE : (pour déductibilité fiscale).....

.....

.....

.....

(1) Biffer la mention inutile.

Signature : (Nom + Prénom)

FICHE DE SANTE

Attention : une fiche par enfant. A rentrer dès le premier jour de fréquentation du centre, accompagné de 2 vignettes de mutuelle

Le Participant :

▪ NOM : PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE :

▪ NOM DU CHEF DE FAMILLE OU DU PARENT QUI A LA GARDE DE L'ENFANT PENDANT LE

CENTRE :

ADRESSE :

TEL privé :

TEL professionnel (le cas échéant) :

Lieux de vie :

▪ Où l'enfant vit-il habituellement ? famille/institution/grands-parents/.....

▪ Personne à contacter en cas d'urgence pendant le centre de vacances

1. Nom : Téléphone : Lien de parenté :

2. Nom : Téléphone : Lien de parenté :

▪ Type d'enseignement suivi : général – spécialisé Année scolaire : ...

▪ A-t-il des frères ou sœurs ? oui/non Si oui, combien ?

▪ Quelle est sa langue usuelle ?

Loisirs :

▪ Quels sont ses loisirs favoris ?

▪ Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ?

▪ Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui/non

Sait-il/elle nager ? TB B Moyen Difficilement Pas

du tout

▪ Sait-il/elle rouler à vélo ? oui/non

▪ A-t-il déjà participé à un centre de vacances ? oui/non

Si oui, où et quand ? ...

Sommeil/Repas :

- A-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher/pendant la nuit ?.....
Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ?.....
- Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui/non Si oui, lesquels ?
A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui/non Si oui, lesquels ?.....
Est-il végétarien/végétalien ? oui/non

Santé :

- NOM DU MEDECIN TRAITANT ET TEL. :.....
- Etat de santé actuel du participant : TB B Moyen
- Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui/non
- GROUPE SANGUIN :
- Votre enfant est-il atteint d'un handicap ? oui – non
Type : léger – lourd – autre :
- Percevez-vous pour lui des allocations familiales majorées ? oui – non
Si oui, une attestation devra être fournie au centre en vue de justifier
l'encadrement particulier de votre enfant auprès de l'ONE.
- L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de :

	OUI	NON	Si OUI, quel est son traitement habituel/comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui/non
Si oui, quand et laquelle ?.....
- Est-il/elle allergique ?
A certains produits alimentaires ? oui / non Si oui, lesquels ?.....
A certains médicaments ? oui / non Si oui, lesquels ?
- Au soleil ? oui / non Si oui, quel précautions particulières prendre
- A d'autres choses ? oui / non Si oui, à quoi ?.....
- Votre fille est-elle réglée ? ... oui / non

- Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? oui / non
Si oui, le(s) quel(s), quand et pourquoi ?
-
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :
Porte-t-il des lunettes ? Si oui, quelle dioptrie ?
- Porte-t-il un appareil auditif ? oui / non
- A-t-il/elle été vacciné contre le tétanos ? oui / non
Date de la première injection : Date du dernier rappel :
- Quel est son poids ?..... sa taille ?..... sa pointure ?.....
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ?

Les informations fournies dans cette « Fiche Santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans le document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toutes mesures médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical...).

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur,....) :

Date et signature des parents ou du responsable :