**FICHE D’INSCRIPTION STAGES DE PRINTEMPS**

(Merci de compléter tous les champs en lettres capitales)

**Dates et lieux :**

**Ixelles – Avenue Adolphe Buyl 60**

Du 07 au 11 avril 2025 ( ) / Du 14 au 18 avril 2025 ( )

**Woluwe Saint Lambert – Rue Vervloesem 38**

Du 28 avril au 02 mai 2025 ( ) / Du 05 au 09 mai 2025 ( )

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT** |
| Nom : ………………………………………………… Prénom : ……………………………………… Sexe : (F) (M)  Date de naissance : ………………………… Âge : …… ans Registre National : ………………………………  Adresse complète : ………………………………………………………………………………………………………………….  Service de garderie : Si ( ) No ( )  Autorise à Aprendiendo con Alter-Nos à publier les photos de votre enfant en Facebook :  Oui ( ) Non ( ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE** | |
| Situation familiale : Célibataire ( ) En couple ( ) Divorcés/séparés ( )  Responsable de l’enfant : Mère ( ) Père ( ) Autres :……………………… | |
| Nom : ……………………………………………………………  Prénom : ………………………………………………………  Lien de parenté : Mère ( ) Père ( ) Autre :…….  Registre National ………………………………………. Tel travail : ……………………………………………….  GSM : …………………………………………………………  Mail : ………………………………………………………… | Nom : ……………………………………………………………  Prénom : ………………………………………………………  Lien de parenté : Mère ( ) Père ( ) Autre :……  Registre National …………………………………………  Tel travail : ………………………………………………….  GSM : ………………………………………………………..  Mail : ………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** |
| Nom et numéro du médecin traitant : …………………………………………………..…………………………………  Votre enfant peut-il participer à des activités sportives, et baignades ? Oui ( ) Non ( )  .............................................................................................................................................................  L’enfant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui ( ) Non ( )  L’enfant est-il **allergique ?** Oui ( ) Non ( )   * A certains produits alimentaires : …………………………………………………………………………………… * A certains médicaments : ………………………………………………………………………………………………… * Autres : …………………………………………………………………………………………………………………………….   L’enfant doit-il prendre des médicaments ? Oui ( ) Non ( )  .............................................................................................................................................................  L’enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? Oui ( ) Non ( )  .............................................................................................................................................................  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 ! | | **Affection de la peau** |  |  |  | | **Asthme** |  |  |  | | **Constipation** |  |  |  | | **Diabète** |  |  |  | | **Diarrhée** |  |  |  | | **Epilepsie** |  |  |  | | **Incontinence** |  |  |  | | **Maladie cardiaque** |  |  |  | | **Maux de tête** |  |  |  | | **Maux de ventre** |  |  |  | | **Vomissements** |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **REMARQUES IMPORTANTES** |
| **Concernant l’usage de médicaments** : Les animateurs disposent d’une **boîte de premiers soins** ! (Trousse de secours). 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 ! :  *Du paracétamol, du désinfectant, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmant 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.  **En cas de nécessité**, les parents/tuteurs marquent leur accord pour que le coordinateur prenne l’enfant en voiture.  **Protection des données personnelles :** Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs d’Aprendiendo con Alter-Nos 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 de 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 »* |

***Je reconnais avoir reçu, lu et pris connaissance du règlement des plaines de vacances d’Aprendiendo con Alter-Nos et y adhérer. J’accepte que mon enfant soit photographié par les coordinateurs d’Aprendiendo con Alter-Nos dans le cadre des activités et/ou afin d’alimenter la page sur facebook et d’assurer la promotion des animations.***

**Inscrit par :** Le papa – La maman – Autre (précisez):……………………..

**Date :** ………………………………… **Signature :** ………………………………………………

***Paiement via compte bancaire à Alter-Nos ASBL : IBAN BE48 0689 0035 4027***