**FICHE D’INSCRIPTION**

**Après l'école, Alter-Nos**

(Merci de compléter tous les champs en lettres capitales)

**Mois**: septembre ( ) octobre ( ) novembre ( ) Décembre ( )

Janvier ( ) février ( ) mars ( ) avril ( ) mai ( ) Juin ( )

**Jours :** Lundi ( ) mardi ( ) mercredi ( ) Jeudi ( ) vendredi ( )

**Vacances :** automne ( ) hiver ( ) Carnaval ( ) printemps ( )

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT** |
| Nom : ………………………………………………… Prénom : …………………………………………… Sexe : (F) (M)  Date de naissance : ………………………… Âge : …… ans. N° Registre National : …………………………..  Adresse complète : …………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 : ( )  N° Registre National : ………………………………….  Tel travail : ………………………………………………….  GSM : …………………………………………………………  Mail : ………………………………………………………… | Nom : ……………………………………………………………  Prénom : ……………………………………………………….  Lien de parenté : Mère ( ) Père ( ) Autre : ( )  N° Registre National : …………………………………..  Tel travail : …………………………………………………….  GSM : …………………………………………………………….  Mail : ……………………………………………………………. |

**Personnes autorise à la prise en charge des enfants (nom et prénom) :**

|  |
| --- |
| **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, du :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 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. »* |

Les photos et vidéos que nous publions sont liées à notre travail. À la fin de chaque atelier, nous essayons de publier des images de tout ce que nous avons réalisé. Sur certaines de ces images, votre fils ou votre fille peut apparaître, toujours avec son groupe.

Autorise à Aprendiendo con Alter-Nos à publier les photos où apparaît votre enfant   
sur les réseaux sociaux d'Aprendiendo con Alter-Nos Oui ( ) Non ( )

*Le paiement doit être effectué une fois la réservation confirmée avant le début du premier jour d'activités, sur le compte suivant :*

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

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

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