STOUMONT
Point de vue NATURE !

Accueil Temps Libre

ACCUEIL EXTRA SCOLAIRE

Fiche d'inscription individuelle

(À remettre complétée à l'accueillante)

Ecole de l'enfant : .....

Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Num. Registre National : .....

Personne responsable (contact principal et facturation) (*)**:**

Nom : ..... Prénom : .....

GSM : ..... et/ou Tél. : .....

Adresse complète : ....

....

Num. Registre National : ..... (obligatoire pour les attestations fiscales IPP)

Courriel : ....

☐ Je **souhaite** / **ne souhaite pas** (biffez la mention inutile) recevoir les informations concernant les activités de l'ATL (plaines, ateliers du mercredi, journées d'accueil, …)

Personne(s) habilitée(s) à reprendre l'enfant :
(si celles-ci devaient changer, n'oubliez pas de prévenir l'accueillante ! Cf. ROI)

1. Nom : ..... GSM : .....

2. Nom : ..... GSM : .....

3. Nom : ..... GSM : .....

Autres renseignements utiles :

.....

.....

(*) Depuis le 25 mai 2018, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est entré en application dans toute l'Europe. L'Administration communale et l'Accueil Temps Libre (ATL) s'engage à respecter ce règlement. Vos coordonnées sont reprises dans la base de données de l'ATL durant toute la durée de la présence de votre enfant dans un des établissements scolaires de la commune. Nous vous assurons que vos coordonnées ne serviront qu'aux activités ATL. Nous vous confirmons que vos données personnelles ne seront jamais transmises à des tiers. Cette base de données est et restera confidentielle. Il vous est toujours possible de vous désabonner à tout moment de la newsletter et de nous demander de modifier ou supprimer vos données. Pour cela, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse : rachel.bouhy@stoumont.be

Nom du médecin traitant : ....

Tél. / GSM : .....

Informations médicales confidentielles :

L'enfant est-il atteint de *(entourez si c'est le cas)* : diabète - asthme - épilepsie – rhumatisme - affection cardiaque - handicap moteur - handicap auditif ? Autre ? ……..

Maladies antérieures ou opérations subies : .....

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui non

Date de vaccination ou du dernier rappel ? ……..: …….

L'enfant est-il : - sensible aux refroidissements oui non

- vite fatigué oui non
- incontinent oui non
- allergique à des médicaments oui non

Si oui lesquels ? : ……..……..…….

Groupe sanguin : …….

Médicaments à prendre :

*(**joindre une copie de la prescription** si l'accueillante doit donner le médicament à l'enfant)*

.....

.....

Précautions particulières – Autres renseignements utiles :

(allergies, intolérances alimentaires …)

.....

.....

- ✓ En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de me contacter, j'autorise le responsable du lieu d'accueil à effectue les gestes de premiers secours, à contacter le médecin traitant et/ou le service d'urgence 112.
- ✓ Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement d'ordre intérieur et m'engage à les respecter.

Date :

Signature du parent responsable
précédée de la mention « lu et approuvé »