



Fiche d'inscription individuelle 2025-2026

Ecole de l'enfant :

☐ EC La Gleize ☐ EC Moulin du Ruy ☐ EC Rahier ☐ Saint-Raphaël ☐ Sainte-Thérèse ☐ La Parenthèse

Identité de l'enfant : (compléter **ou** coller une vignette mutuelle)

Nom : Prénom :

Date de naissance :

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

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

Nom : Prénom :

GSM : et/ou Tél. :

Adresse complète :
.....

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

Courriel :

Autres personne(s) habilitée(s) à reprendre l'enfant :

(si celles-ci devaient changer, n'oubliez pas de prévenir l'accueillante ! Cf. ROI)

	NOM	PRENOM	GSM	LIEN de parenté
1.				
2.				
3.				
4.				

Autorisations spécifiques:

☐ J'autorise / ☐ je n'autorise pas mon enfant à quitter seul le lieu de l'accueil

(uniquement valable pour les enfants de plus de 9 ans)

☐ Je souhaite / ☐ je ne souhaite pas recevoir les informations concernant les activités de l'ATL

(plaines de vacances, ateliers du mercredi, journées d'accueil, ...)

☐ J'autorise / ☐ je n'autorise pas le service ATL à utiliser les photos de mon enfant pour ses publications (site internet, flyers)

Remarque :

(*) 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

Santé de l'enfant – Points d'attention :

Nom du médecin traitant :

Tél. / GSM :

Groupe sanguin :

L'enfant est-il atteint de (cochez 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 du dernier rappel ?

L'enfant est-il : ☐ sensible aux refroidissements - ☐ vite fatigué - ☐ incontinent

L'enfant a-t-il des allergies ☐ oui ☐ non

Si oui lesquels ? :

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

.....
.....

Précautions particulières – Autres renseignements utiles

(intolérances alimentaires, troubles du comportement, phobies, ...)

.....
.....

Je souhaite bénéficier de la réduction tarifaire pour : (accord octroyé après analyse du dossier)

☐ enfant porteur de handicap (copie de la carte de handicap à fournir)

☐ famille nombreuse (à partir du 3^{ème} enfant inscrit à l'AES)

☐ famille à revenu modeste (statut BIM – attestation de mutuelle à fournir)

Remarque :

- ✓ En cas d'urgence, j'autorise le responsable du lieu d'accueil à effectuer les gestes de premiers secours, à contacter le médecin traitant et/ou le service d'urgence 112 suivant la gravité de la situation.
- ✓ Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement d'ordre intérieur et m'engage à les respecter.
- ✓ Je m'engage à **signaler tout changement** des données reprises sur ce formulaire au service ATL.

Date :

Signature du parent responsable

précédée de la mention « lu et approuvé »