



Document à remettre complété au personnel de l'accueil

LES STOU MINIS



STOU MONT
Point de vue NATURE !

Fiche d'inscription 2026-2027

Ecole

☐ La Gleize ☐ Moulin du Ruy ☐ 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.				

Remarque complémentaire :

.....

Note : En cas de séparation des parents et de souhait de facturation séparée, une fiche d'inscription doit être complétée par parent. Le parent DOIT signaler à l'accueillant son roulement de garde pour noter les présences de manière adéquate.

(*) Depuis le 25 mai 2018, l'Administration communale et l'Accueil Temps Libre (ATL) s'engage à respecter le RGPD. 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 - ☐ incontinence ? ☐ Autre ?

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? ☐ oui ☐ non Date du dernier rappel ?

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, ...)

.....

Réduction tarifaire

Je peux en bénéficier dans le cadre : (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)

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)

- ✓ **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 »