

- Fiche d'inscription complète
- Fiche de santé
- Paiement
- €

DOCUMENTS A REMETTRE pour le 28/06/2024

AU BUREAU DES CRA : Rue Joseph Lefebvre, 74 -6220 FLEURUS ou **PAR MAIL** : cra@fleurus.be

1. ENFANT :

NOM&PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... **SOIT** : **ANS**

ADRESSE :

.....

2. LE REPRESENTANT LEGAL (qui a à sa charge l'enfant): (Parents, tuteur...)

NOM&PRENOM :

ADRESSE : (si différente de celle de l'enfant)

.....

Adresse mail :

TEL / GSM :

N° de compte pour un éventuel remboursement :

.....

N° de registre national parent:.....

N° de registre national de l'enfant:.....

Prise en charge par un organisme (CPAS, SAJ, SPJ,...) : OUI /NON

PRENDRA LE CAR : OUI /NON CAR **BAULET**/CAR **FLEURUS**

GARDERIE : OUI /NON **MATIN** : ARRIVEE VERS : ...h.... **SOIR** : DEPART VERS :.....h.....

3. Veillez cocher la/ les semaine(s) où votre enfant sera présent au CRA, toute semaine inscrite devra être payée.

1 semaine = 25,00€ ! Dernière semaine de 4 jours = 20,00€

- SEMAINE 1** : du 08/07 au 12/07 **SEMAINE 2** : du 15/07 au 19/07 **SEMAINE 3** : du 22/07 au 26/07
- SEMAINE 4** : du 29/07 au 01/08

ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être complet et rentré **AVANT le 28/06/2024** :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour **le 28/06/2024** avec la communication suivante : « Nom + Prénom (de l'enfant)»

FICHE MEDICALE.

Coordonnées de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Collez ici une vignette de mutuelle

Lieu de vie :

Où l'enfant vit-il habituellement ? famille/institution/grands-parents _____

Personnes à contacter en cas d'urgence :

1. Nom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____
2. Nom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Loisirs :

Peut-il/elle pratiquer la natation ? OUI/NON

Sait-il/elle nager ? TB – B – Moyen – Difficilement - Pas du tout (veuillez biffer les mentions inutiles)

Santé :

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement des activités?

Est-il/elle allergique :

- A certains **produits alimentaires** ? OUI/NON / Si oui, lesquels ? _____
- A certains **médicaments** ? OUI/NON / Si oui, lesquels ? _____
- Au **soleil** ? OUI/NON
- A **l'iode** ? OUI/NON
- A **d'autres choses** ? OUI/NON / Si oui, à quoi ? _____

A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ? OUI/NON Si oui, lequel ?

Est-il/ elle en ordre de vaccination contre le **tétanos** ? OUI/NON date dernier rappel : _____

L'enfant porte-t-il des lunettes ? OUI/NON Si oui quand ? _____

Divers :

Quel est son poids ? _____ Quelle est sa taille ? _____

ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être complet et rentré AVANT le 28/06/2024 :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le 28/06/2024 avec la communication suivante : « Nom + Prénom (de l'enfant) »

Pour les enfants de moins de 5 ans : l'enfant est-il propre ? : OUI/NON

Droit à l'image

J'autorise à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités du centre de vacances et j'accepte que ces images soient utilisées à des fins médiatiques.

Je ne l'autorise pas.

Mesures médicales

J'autorise le responsable du Centre, sur avis formel d'un médecin, à prendre toutes les mesures d'urgence médicales y compris éventuellement l'hospitalisation.

Je n'autorise pas.

L'inscription de votre enfant vous engage à respecter le règlement d'ordre intérieur du centre de vacances.

Date :/...../.....

Signature :

ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être complet et rentré AVANT le 28/06/2024 :
• une FICHE D'INSCRIPTION par enfant • le PAIEMENT effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour
le 28/06/2024 avec la communication suivante : « Nom + Prénom (de l'enfant)»