

CRA – VILLE DE FLEURUS

FICHE SIGNALÉTIQUE

Réservé à l'administration :

- Fiche signalétique complète
- Fiche médicale
- Paiement €

Documents à remettre pour le 13/10/2024

- **Service CRA : Académie de Musique** - Rue Joseph Lefebvre, 74 - 6220 FLEURUS (3^{ème} étage)
- **Par mail :** cra@fleurus.be

1. ENFANT :

NOM et Prénom :
Date de naissance : / / SOIT : ans
N° de registre national de l'enfant :
Adresse :
Prise en charge par un organisme (CPAS, SAJ, SPJ, ...) : OUI /NON
Où l'enfant vit-il habituellement ? famille/institution/grands-parents/tuteur
Garderie : OUI /NON Matin : Arrivée vers : ...h.... Soir : Départ vers :h....

2. LE REPRESENTANT LEGAL : (Parents, tuteur...)

NOM et Prénom :
Adresse : (si différente de celle de l'enfant)
Adresse mail :
Numéro de GSM :
N° de compte pour un éventuel remboursement :
N° de registre national parent :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

- | | | | | | |
|----------|-------|-------------|-------|-------------------|-------|
| 1. Nom : | _____ | Téléphone : | _____ | Lien de parenté : | _____ |
| 2. Nom : | _____ | Téléphone : | _____ | Lien de parenté : | _____ |
| 3. Nom : | _____ | Téléphone : | _____ | Lien de parenté : | _____ |

ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être **COMPLET** et **rentré AVANT le 13/10/2024** :
• une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour **le 13/10/2024** 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

Loisirs :

Peut-il/elle pratiquer les activités proposées ? (sport/excursions/jeux,...) : OUI/NON

Raisons d'une éventuelle non-participation : _____

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 éléments** ? 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 du dernier rappel : _____

L'enfant porte-t-il des lunettes ? OUI/NON

Si oui, quand ? _____

Divers :

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

Pour les enfants de moins de 5 ans :

- l'enfant est-il propre ? : OUI/NON
- l'enfant dort-il toujours l'après-midi ? OUI/NON

ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être **COMPLET** et **rentré AVANT le 13/10/2024** :
• une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour
le 13/10/2024 avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »

FICHE D'AUTORISATIONS

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.
- 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 uniquement à des fins de bricolages / souvenirs.
- 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 ne l'autorise pas.

Règlement d'Ordre Intérieur des CRA

- Je déclare avoir pris connaissance du Règlement d'Ordre Intérieur des CRA, marquer mon accord et m'y conformer.

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

Signature :

ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être **COMPLET** et **rentré AVANT le 13/10/2024** :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour **le 13/10/2024** avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »