

CRA – VILLE DE FLEURUS

FICHE SIGNALETIQUE

Réservé à l'administration :

- Fiche signalétique complète
- Fiche médicale
- Paiement €

Documents à remettre pour le 29/06/25

- **Service CRA : Cité Administrative** - Rue du Solstice, 1 - 6220 FLEURUS (1^{er} 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....
Ramassage en car : OUI/NON TRAJET BAULET / FLEURUS Arrêt :

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 :

3. PERIODES D'INSCRIPTION Attention, toute semaine inscrite devra être payée

<input type="checkbox"/> Semaine 1 : 07/07/25 au 11/07/25 (5 jours - 25 euros)
<input type="checkbox"/> Semaine 2 : 14/07/25 au 18/07/25 (5 jours- -25 euros)
<input type="checkbox"/> Semaine 3 : 22/07/25 au 25/07/25 (4 jours – 20 euros)
<input type="checkbox"/> Semaine 4 : 28/07/25 au 31/07/25 (4 jours – 20 euros)

ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être **COMPLET** et rentré **AVANT le 29/06/2025 :**

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **29/06/2025** 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 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 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 29/06/2025** :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **29/06/2025** avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »

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 : _____

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 29/06/2025** :
• une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **29/06/2025** avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »