

# CRA – VILLE DE FLEURUS

## FICHE SIGNALÉTIQUE

### Réservé à l'administration :

- ☐ Fiche signalétique complète
- ☐ Fiche médicale
- ☐ Paiement ..... €

### Documents à remettre pour le 08/02/2026

- **Service CRA : Cité Administrative** - Rue du Solstice, 1 - 6220 FLEURUS (1<sup>er</sup> étage)
- **Par mail :** [cra@fleurus.be](mailto:cra@fleurus.be)

#### 1. ENFANT :

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

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

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

#### 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 **08/02/2026** (sous réserve de place disponible) :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT des 35 € par enfant fleurusien ou bénéficiaire du tarif préférentiel ou des 50 € par enfant non-fleurusien** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **08/02/2026** 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

**ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être COMPLET et rentré AVANT le 08/02/2026 (sous réserve de place disponible) :**

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT des 35 € par enfant fleurusien ou bénéficiaire du tarif préférentiel ou des 50 € par enfant non-fleurusien** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **08/02/2026** avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »

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

### **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 **08/02/2026** (sous réserve de place disponible) :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT des 35 € par enfant fleurusien ou bénéficiaire du tarif préférentiel ou des 50 € par enfant non-fleurusien** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **08/02/2026** avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »

**ATTENTION** : pour être pris en compte, votre dossier devra être **COMPLET** et rentré **AVANT** le **08/02/2026** (sous réserve de place disponible) :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant
- le **PAIEMENT des 35 € par enfant fleurusien ou bénéficiaire du tarif préférentiel ou des 50 € par enfant non-fleurusien** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **08/02/2026** avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »