

CRA – VILLE DE FLEURUS

FICHE SIGNALETIQUE

Réservé à l'administration :

- Fiche signalétique complète
- Fiche médicale
- Paiement €

Documents à remettre pour le 28/06/26

- **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 : 06/07/26 au 10/07/26 (5 jours - 35 euros ou 50 euros selon le tarif appliqué entité/hors entité/tarif préférentiel)
<input type="checkbox"/> Semaine 2 : 13/07/26 au 17/07/26 (5 jours- 35 euros ou 50 euros)
<input type="checkbox"/> Semaine 3 : 20/07/26 au 24/07/26 (4 jours – 28 euros ou 40 euros)
<input type="checkbox"/> Semaine 4 : 27/07/26 au 30/07/26 (4 jours – 28 euros ou 40 euros)

- ATTENTION :** pour être pris en compte, votre dossier devra être **COMPLET** et rentré **AVANT le 28/06/2026 :**
- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **28/06/2026** avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »

ATTENTION : pour être pris en compte, votre dossier devra être **COMPLET** et rentré **AVANT le 28/06/2026** :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **28/06/2026** 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 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 28/06/2026 :

- une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **28/06/2026** 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 28/06/2026** :
• une **FICHE D'INSCRIPTION** par enfant • le **PAIEMENT** effectué sur le n° de compte BE58 0910 1039 3779 pour le **28/06/2026** avec la communication suivante : « Nom + Prénom de l'enfant »