

Identité du promoteur :  
**É.L.E.A.**  
 24, Av. Nouvelles Technologies  
 7080 Frameries

## --- Année 2018 ---

### Formulaire obligatoire de renseignements pour l'accueil d'enfants.

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Adresse du domicile : .....

N° tél du domicile : .....

Adresse mail : .....

Personne(s) autorisée(s) à reprendre l'enfant pendant l'accueil extrascolaire ou pendant les ateliers créatifs :  
 .....  
 .....  
 .....

|                               | PÈRE  | MÈRE  |
|-------------------------------|---|---|
| <b>Nom et Prénom</b>          |   |   |
| <b>Adresse complète</b>       | N° .....<br>Rue .....<br>.....<br>CP .....<br>Localité .....<br>Pays .....        | N° .....<br>Rue .....<br>.....<br>CP .....<br>Localité .....<br>Pays .....        |
| <b>Travaille comme*</b>       | Indépendant / salarié /<br>Fonctionnaire statutaire/<br>Fonctionnaire contractuel | Indépendant / salarié /<br>Fonctionnaire statutaire/<br>Fonctionnaire contractuel |
| <b>Nom du lieu de travail</b> |   |   |
| <b>Tél du lieu de travail</b> |   |   |

Nombre d'enfants dans le ménage :

Leur date de naissance : -- \* -- \* --

Bénéficiez-vous du statut OMNIO/BIM ou d'allocations du CPAS ? OUI / NON\*

**Si oui, veuillez nous en fournir une attestation.**

Je soussigné(e), ....., parent de l'enfant, déclare sur l'honneur que toutes les informations ci-dessus sont correctes et qu'elles seront confirmées par les attestations réclamées par le promoteur (allocations familiales, charges familiales, statut OMNIO, BIM, CPAS...).

A défaut, j'autorise le promoteur à demander lui-même aux autorités compétentes les documents manquants.

**Je m'engage à communiquer tout changement de situation le plus rapidement possible.**

DATE :

SIGNATURE :

\*Entourer la mention utile

# É.L.E.A. - 2018 - Fiche « Infos complémentaires et médicales »

Aidez-nous à connaître votre enfant !

Nous sommes soucieux d'offrir une animation adaptée à votre enfant, à sa santé et à ses rythmes. C'est pour cette raison que nous vous demandons de remplir soigneusement cette fiche « Santé ». N'hésitez pas à y annexer un feuillet complémentaire ou à nous contacter, si nécessaire. Grâce à votre aide et à vos renseignements précis, nous éviterons les risques inutiles et assurerons à votre enfant des vacances agréables et sans soucis. A bientôt !

**AUCUN MEDICAMENT NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉ PAR L'ÉQUIPE EDUCATIVE DE L'ASBL À L'ENFANT SAUF SUR AUTORISATION OFFICIELLE ECRITE DU MEDECIN TRAITANT OU PEDIATRE.**

**OBLIGATOIRE - COLLER CI-DESSOUS**

**1 VIGNETTE DE LA MUTUALITÉ DE L'ENFANT**

**COLLER 1 photo d'identité récente :**

## Participant

- **Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Enfant affilié à la Mutualité Socialiste : OUI - NON**
- Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone privé : \_\_\_\_\_
- **Nom du chef de famille :** \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_
- N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Mail privé : \_\_\_\_\_
- CP \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Autre mail : \_\_\_\_\_

## Lieux de vie

- Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille/institution/grands-parents/ \_\_\_\_\_
- Personne à contacter en cas d'urgence :
  1. Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_
  2. Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_
- Type d'enseignement suivi : \_\_\_\_\_ Année scolaire : \_\_\_\_\_

## Loisirs

- Quels sont ses loisirs favoris ? \_\_\_\_\_
- Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ? \_\_\_\_\_
- Peut-il/elle pratiquer la natation ? \_\_\_\_\_  
Sait-il/elle nager ? TB - B - Moyen - Difficilement - Pas du tout
- A-t-il/elle déjà participé à un atelier ou une plaine ? oui/non Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

## Santé

- Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_
- Est-il soigné par homéopathie ? oui/non
- A-t-il/elle subi une intervention ou maladie grave ? oui/non Si oui, quand et laquelle ? \_\_\_\_\_
- Etat de santé actuel du participant : \_\_\_\_\_  
TB - B - Moyen  
Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_
- Est-il/elle allergique : \_\_\_\_\_  
à certains produits alimentaires ? oui/non  
à certains médicaments ? oui/non  
au soleil ? oui/non  
à d'autres choses ? oui/non  
Si oui, lesquels ? (nom précis) \_\_\_\_\_  
Si oui, quelles précautions prendre ? \_\_\_\_\_  
A quoi ? \_\_\_\_\_

→-> T.SVP

**Repas**

- Y a-t-il des aliments qui lui sont contre-indiqués ? oui/non, si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_  
A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ? \_\_\_\_\_
- Le participant souffre-t-il (régulièrement ou de manière permanente) de :

|                       | OUI | NON | Si oui, quel est son traitement habituel/comment réagir ? |
|-----------------------|-----|-----|---|
| Diabète               |     |     |   |
| Maladie cardiaque     |     |     |   |
| Epilepsie             |     |     |   |
| Affection de la peau  |     |     |   |
| Incontinence/énurésie |     |     |   |
| Maladie contagieuse   |     |     |   |
| Asthme                |     |     |   |
| Sinusite              |     |     |   |
| Bronchite             |     |     |   |
| Saignements de nez    |     |     |   |
| Maux de tête          |     |     |   |
| Maux de ventre        |     |     |   |
| Constipation          |     |     |   |
| Diarrhée              |     |     |   |
| Vomissements          |     |     |   |
| Mal de la route       |     |     |   |
| Autres : .....        |     |     |   |

- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :  
Porte-t-il/elle des lunettes ? oui/non  
Porte-t-il/elle un appareil auditif ? oui/non  
Autres ? \_\_\_\_\_
- Souffre-t-il d'un handicap ? oui/non Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_
- Est-il/elle vacciné(e) contre le tétanos ? oui/non Date de 1<sup>ère</sup> injection : \_\_\_\_\_  
Dernier rappel : \_\_\_\_\_
- Quel est son poids ? \_\_\_\_\_ Quelle est sa taille ? \_\_\_\_\_ Quelle est sa pointure ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous d'autres renseignements utiles à transmettre à l'équipe éducative ? \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE ET DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné(e), nom et prénom \_\_\_\_\_

autorise par la présente mon fils – ma fille – mon (ma) pupille nommé(e)

nom : \_\_\_\_\_ prénom : \_\_\_\_\_

habitant rue \_\_\_\_\_ n° : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_ localité : \_\_\_\_\_

à participer aux activités extérieures organisées par É.L.E.A.

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

Signature (du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice) Fait \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Autorisation expresse de diffusion d'images et/ou de publication de photos.**

Chers parents,

Nous proposons de réaliser des reportages photos et vidéos mettant en scène vos enfants.

Ceux-ci ont pour but de garder des souvenirs et d'illustrer les outils pédagogiques que nous réalisons.

Nous vous saurions gré de bien vouloir marquer votre accord en remplissant le cadre ci-dessous, accord écrit indispensable à la réalisation de notre travail.

D'avance, merci. Anna IAFOLLA, Responsable Accueil de l'Enfance

\*\*\*\*\*

Je soussigné(e) (*nom, prénom*) \_\_\_\_\_ père – mère –  
représentant(e) légal(e) de l'enfant (*nom, prénom*) \_\_\_\_\_  
né(e) le \_\_\_\_\_ à (*localité*) \_\_\_\_\_ et domicilié(e) rue \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ .

(biffer la mention inutile)

**donne**

-

**ne donne pas**

à É.L.E.A. sise au n°24, Avenue des Nouvelles Technologies à 7080 Frameries, **l'autorisation** expresse et sans réserve de reproduire, d'utiliser ou de diffuser les prises de vues photographiques et vidéo réalisées par l'équipe éducative lors des activités proposées en accueil extrascolaire. Ses images auront pour usage exclusif les actions suivantes : diffusion des activités menées par ÉLEA, réalisation d'outils pédagogiques par ÉLEA, illustration de documents publicitaires propres à ÉLEA.

Cette autorisation est valable pour une durée d'une année à compter du (*date de signature*) \_\_\_\_\_.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant les images ne porteront pas atteinte à la réputation et/ou à la vie privée de (*nom, prénom de l'enfant*) \_\_\_\_\_.

En aucun cas, l'association ne cèdera les prises de vues photo ou vidéo à des tiers.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

**SIGNATURE,**