

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
Nom et Prénom		
Adresse complète	N° Rue CP Localité Pays	N° Rue CP Localité Pays
Travaille comme*	Indépendant / salarié / Fonctionnaire statutaire/ Fonctionnaire contractuel	Indépendant / salarié / Fonctionnaire statutaire/ Fonctionnaire contractuel
Nom du lieu de travail		
Tél du lieu de travail		

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^{ère} 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,