



## Les inscriptions :

### Pour les enfants qui habitent Wavre, Limal, Bierges ou qui fréquentent une école wavrienne

Prise de rendez-vous au 0475/23.37.25 dès le mercredi 1<sup>er</sup> juin de 09H à 12H et de 13H30 à 16H.)

L'ensemble des documents sont obligatoirement complétés avant de se présenter au rendez-vous d'inscription (Fiches santé et inscription).

Seuls les formulaires correctement complétés seront pris en considération.

Le paiement se fait par **Bancontact** au moment de l'inscription.

Dans l'intérêt de l'enfant, le formulaire d'inscription et la fiche santé doivent contenir des renseignements précis et vos coordonnées exactes afin de pouvoir vous joindre en cas d'urgence. Tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone devra être communiqué le plus rapidement possible.

## Avis important

Nous vous demandons de lire attentivement le règlement qui vous sera fourni lors de l'inscription. (Vous devez conserver ce document, il comporte des informations utiles).

En cas d'accident grave, l'enfant sera acheminé vers l'hôpital le plus proche.  
Tous frais engagés seront pris en charge par les parents, jusqu'au remboursement par l'organisme assureur.

## Droit à l'image

Je soussigné(e) (prénom + nom du parent) .....  
parent ou responsable de (prénom + nom enfant) .....  
**accepte/ n'accepte pas** par la présente que les photos sur lesquelles figure mon enfant  
puissent être utilisées par la Commune de Wavre.

Wavre, le ..... 2022,

**Signature des parents avec mention « Lu et Approuvé » :**

Le père,

La mère,

## FICHE SANTE - PLAINES DE VACANCES

- Où l'enfant vit-il habituellement ? **famille / institution / grands-parents**
- Quelle est sa langue usuelle ? .....
- Y a-t-il eu un décès récent ou un évènement important dans la famille ou l'entourage ?  
.....
- Votre enfant est-il propre ? **Oui/non**. Sinon, il porte des langes : le jour – la sieste
- A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? **Oui/non** Si oui, lesquels ?  
.....
- **NOM DU MEDECIN TRAITANT** : ..... TEL : .....
- **GROUPE SANGUIN** : .....
- A-t-il/elle subit une maladie ou intervention grave ? **Oui/non**. Si oui laquelle ?  
.....
- **Est-il/elle allergique ?**
  - A certains produits alimentaires ? **Oui/non**. Si oui, lesquels ?  
.....
  - Autres formes d'allergies ? **Oui/non**. Si oui, Précisez  
.....
- **J'autorise l'administration de Perdolan à mon enfant s'il a une température dépassant 38.5°. OUI/NON**
- Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? **oui/ non**
  - Si oui, le(s) quel(s) ? .....
- Porte-t-il des lunettes ? **Oui/non** Porte-t-il un appareil auditif ? **Oui/non**
- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? **Oui/non** Si oui, lequel ?  
.....
- A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? **Oui/non**
- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière de : diabète, maladie cardiaque, épilepsie, affection de la peau, somnambulisme, insomnie, incontinence, maladie contagieuse, asthme, sinusite, bronchite, saignements du nez, maux de tête, maux de ventre, coups de soleil, constipation, diarrhée, vomissements, mal de route, autres ... (entourez ou complétez)  
.....
- Si oui, quel est son traitement habituel/comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? .....

***Les informations fournies dans cette « Fiche de Santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant s'avérant nécessaire (opération, traitement médical ...).***

.....  
**Date et signature du parent ou du responsable**