

PLAINES COMMUNALES DE GREZ-DOICEAU: FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

Il est indispensable que vous complétiez avec précision **un document par enfant**.

1) RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

GROUPE D'AGE

Nom de l'enfant

Prénom

Date de naissance

Adresse N° bte

Code postal Localité

Nom, prénom du chef de famille : (Père – mère – tuteur – autre)*

Téléphone/GSM :

Personnes(s) à prévenir **en cas d'urgence**: Téléphone.....
..... Téléphone.....

2) MODALITÉS D'INSCRIPTION

Merci de cocher les semaines où vous désirez inscrire votre enfant à la plaine.

Semaine du 04 au 08 juillet 2011

Semaine du 25 au 29 juillet 2011

Semaine du 11 au 15 juillet 2011

Semaine du 01 au 05 août 2011

Semaine du 18 au 22 juillet 2011

Semaine du 08 au 12 août 2011

Nom et qualité des personnes **autorisées à reprendre l'enfant** le soir (en cas d'oubli de la carte de sortie)

.....
.....
.....

L'enfant prendra-t-il le bus? (Uniquement pour les habitants de la commune de Grez-Doiceau) **oui – non (*)**

Si oui, pour quel trajet : **Matin – Soir (*)**

A quelle adresse ?

3) RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- L'enfant peut-il participer à des activités de baignade? **oui – non (*)**

Si oui, sait-il nager? **oui – non (*)**

- L'enfant sait-il rouler à vélo? **oui – non (*)**

Si besoin, a-t-il un vélo à amener à la plaine? **oui – non (*)**

- Y a-t-il des activités ou des sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer?

.....

- Quels sont ses loisirs favoris?

.....

4) PHOTOS

J'autorise / je n'autorise pas la commune de Grez-Doiceau à placer sur le site Internet de la commune et/ou dans le bulletin communal des photos de mon enfant faites lors des plaines.

FICHE DE SANTÉ

- Nom du médecin de famille : Téléphone :
- L'enfant est-il atteint de (*) diabète – asthme – affection cardiaque – épilepsie – handicap moteur (précisez s.v.p)
.....
.....
- Maladies antérieures et/ou opérations subies :
- L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible à certains médicaments et/ou aliments? **oui – non (*)**
Si oui, lesquels
.....
.....
- Groupe sanguin :
- L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ? **oui- non (*)**
Si oui, lesquels ?
(Ne pas oublier de **joindre une prescription** détaillée établie par le médecin)
- Peut-il sans inconvénient participer à des activités de baignade ? **oui – non (*)**
Si oui, sait-il nager ? **oui – non (*)**
Avec – sans brassards (*)
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? **oui – non (*)** Si oui, date du dernier rappel

Autres renseignements utiles :

.....
.....
.....
.....

(*) Biffer les Mentions inutiles.

« J'autorise la personne responsable de la plaine (ou du groupe lors des activités extérieures) à prendre les mesures d'urgences qui s'imposent en cas d'accident. J'autorise le médecin contacté à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de mon enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

J'ai pris connaissance des conditions d'organisation et marque expressément mon accord à leur sujet.

Date et signature du parent / tuteur