

**Nom et prénom de l'enfant :**

**Date de naissance :**

**Age :**

**Ecole et classe fréquentée en 2021-2022 :**

**Nom et prénom du débiteur :**

**Rue/Avenue :**

**N°                      boîte :**

**Code postal :**

**Commune**

**GSM papa :**

**GSM maman :**

**Tél domicile :**

**Adresse E-mail :**

**Accès à la plaine de vacances :**

Cocher la/les semaine(s) choisie(s) :

**Du 04/07/ au 08/07/2022**

**Du 11/07/ au 15/07/2022**

**Du 18/07/ au 22/07/2022**

**Du 25/07/ au 29/07/2022**

**Du 01/08/ au 05/08/2022**

**Du 08/08/ au 12/08/2022**

**Accès à l'accueil : Avant 8h30**

**Après 16h30**

Un accueil est organisé pour les périodes qui précèdent et qui suivent les activités « plaine de vacances » de 7h00 à 9h00 et de 16h00 à 18h00.

**Gestion du retour :**

L'enfant quittera la plaine de vacances accompagné de :

Si l'enfant peut quitter seul la plaine de vacances, merci de nous transmettre une autorisation parentale

**Fiche de santé :**

Nom et n° de téléphone du médecin de famille :  
*coller ici*

*Vignette mutuelle à*

**L'enfant fait-il la sieste ? OUI / NON**

**L'enfant porte-t-il un lange ? OUI / NON**

**L'enfant présente-t-il un des troubles suivants :**

Diabète **OUI / NON** - Asthme **OUI / NON** - Affection cardiaque **OUI / NON** - Epilepsie **OUI / NON**

Handicap moteur/mental **OUI / NON** - Problème d'adaptation **OUI / NON**

Autres (précisez S.V.P.) **OUI / NON**

L'enfant est-il allergique à certains médicaments ou aliments ? **OUI / NON**

Si oui, lesquels ?

**Par sécurité, les enfants présentant des allergies alimentaires apportent leurs collations.**

Quel est son groupe sanguin :

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? **OUI / NON**

Si **oui**, en quelle année :

J'autorise les animateurs à administrer du Perdolan à mon enfant s'il a 38°,5 de température ? **OUI / NON**

Si **non**, je souhaite que le médicament suivant lui soit administré et je m'engage à le fournir moi-même (\*) :

J'autorise les animateurs à faire appel à un médecin si la situation le requiert et la Ville à facturer le coût de la consultation : **OUI / NON**

L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de séjour (\*) ? **OUI / NON**

Si **oui**, lesquels.....

(\*) Un médicament ne sera donné à l'enfant que sur présentation d'une prescription détaillée établie par le médecin

L'enfant sait-il nager ? **OUI / NON**

L'enfant peut-il sans inconvénient participer à des activités de baignade ? **OUI / NON**

Observations :

- Je certifie l'exactitude des renseignements précités ;
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur de la plaine de vacances ;
- J'autorise le/la responsable de la plaine à prendre toutes mesures en cas d'accident ;
- J'autorise la Ville de Genappe à utiliser les photos de mon/mes enfants, réalisées dans le cadre de la plaine de vacances en vue de publication et de promotion du service : **OUI / NON**
- Les enfants âgés entre 6 et 11 ans sont en possession d'une carte Mobib-Lynx Junior délivrée par les TEC.

Fait à Genappe, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».