

FICHE D'INSCRIPTION

Accueil extrascolaire

Merci de répondre aussi précisément que possible à ce questionnaire.
Les données fournies sont confidentielles.

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / (jj/mm/aaaa)
Ecole : Classe :
Prise en charge par le bus communal entre l'école et l'accueil : OUI - NON (mercredi après-midi)
Fréquentation : SYSTEMATIQUE - OCCASIONNELLE
PONCTUELLE : journée pédagogique du / /

COORDONNEES DES PARENTS

Nom du papa :
Adresse complète :
.....
Téléphone : Travail / GSM :
E-mail :

Nom de la maman :
Adresse complète : si différente de celle du papa
.....
Téléphone : Travail / GSM :
E-mail :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : Prénom : N° de téléphone :
Nom : Prénom : N° de téléphone :
Nom : Prénom : N° de téléphone :

SANTE

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :
Maladies antérieures :
Opérations subies :
Votre enfant est-il atteint d'une affection (ex : diabète, épilepsie, asthme...)
☞ Si oui, laquelle :
Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos : OUI – NON
☞ Date du/des rappel(s) :
Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ?
☞ Si oui, merci de préciser :
Groupe sanguin :
Personne à prévenir en cas de nécessité :
☞ Nom - Prénom - N° téléphone :
☞ Nom - Prénom - N° téléphone :

SOMMEIL - REPAS

Votre enfant a-t-il l'habitude de faire une sieste l'après-midi ? OUI - NON

Votre enfant est-il allergique à certains aliments ? Si oui, merci de préciser :
.....

LOISIRS

Quels sont ses loisirs favoris ?

.....
.....

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

.....

Pratique-t-il une activité dans la plaine d'Hubinne le mercredi après-midi ?

OUI / NON

Si oui : Laquelle :

De h à h Lieu :

Devons-nous l'y conduire : OUI / NON - aller le rechercher : OUI / NON

EN CAS D'ACCIDENT

En cas d'accident et si vous ne pouvez être contacté, autorisez-vous l'accueil extrascolaire à prendre les mesures qui s'imposent telles que :

- conduire votre enfant par nos propres moyens ? OUI - NON
- autoriser le médecin de garde à pratiquer une petite intervention telle qu'une suture ? OUI - NON

Autres remarques ou renseignements utiles :

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

Autorisez-vous le coordinateur de l'accueil à utiliser des photos des activités sur lesquelles figurerait votre enfant pour illustrer des articles, des brochures ou affiches ? OUI - NON

Je soussigné affirme ces informations exactes et complètes.
Je m'engage à avertir rapidement le coordinateur de l'accueil extrascolaire en cas de changement dans les renseignements communiqués.

Collez ici partiellement une vignette de votre mutuelle.

Fait à :
Le :

Signature pour accord :
.....