

FICHE INDIVIDUELLE ACCUEIL EXTRASCOLAIRE
ET PLAINES COMMUNALES DE REBECQ

LE PARTICIPANT :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Né(e) le

(renseignements nécessaires pour la déductibilité fiscale)

Personne qui a fiscalement l'enfant à charge

Nom :

et n° du registre national :

| Personne(s) à contacter en cas d'urgence | NOM et lien de parenté | TEL |
|---|------------------------|-----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

LIEUX DE VIE :

- Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents

- Ecole fréquentée Rue :

- Année fréquentée :

- A-t-il/elle des frères ou sœurs ? non/ oui : Si oui, cet enfant est le (1,2 ou 3ème sur)

- Quelle est sa langue usuelle ?

LOISIRS :

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

- Peut-il(elle) pratiquer la natation ? oui / non

- A-t-il(elle) déjà participé à un centre de vacances ? oui / non

REPAS :

- Y a-t-il des aliments qu'il(elle) ne digère pas ? oui / non

si oui, lesquels ?

- A-t-il(elle) un régime particulier à suivre ? oui / non

si oui, lequel ?

INFORMATIONS MEDICALES :

- Nom du médecin traitant et téléphone :

- Etat de santé actuel du participant : TB / B / Moyen

- Est-il(elle) soigné(e) par homéopathie ? oui / non

- Groupe sanguin :

- A-t-il(elle) subi une maladie ou intervention grave ? oui / non

si oui, laquelle ?

N'oubliez pas de compléter le verso s.v.p>>>>>

- Est-il(elle) allergique :
- à certains produits alimentaires ? oui / non lesquels ?
- à certains médicaments ? oui / non lesquels ?

- au soleil ? oui / non précautions particulières à prendre ?
- à d'autres choses ? oui / non lesquelles ?
- Doit -il(elle) prendre des médicaments ? oui / non
si oui, lesquels et quand ?.....
- A-t-il(elle) des difficultés sensorielles-lesquelles ?
- Souffre-t-il(elle) d'un handicap-lequel ?.....
- A-t-il(elle) été vacciné(e) contre le tétanos ? oui / non

- Le participant souffre-t-il(elle) de manière permanente ou régulière de :

| | oui | non | Si oui, quel traitement ?-comment réagir ? -précautions particulières... |
|----------------------|-----|-----|--|
| Diabète | | | |
| Maladie cardiaque | | | |
| Epilepsie | | | |
| Affection de la peau | | | |
| Somnambulisme | | | |
| Insomnie | | | |
| Incontinence | | | |
| Maladie contagieuse | | | |
| Asthme | | | |
| Sinusite | | | |
| Bronchite | | | |
| Saignements de nez | | | |
| Maux de tête | | | |
| Maux de ventre | | | |
| Coups de soleil | | | |
| Constipation | | | |
| Diarrhée | | | |
| Vomissements | | | |
| Mal de route | | | |
| Autres | | | |

Dans le cadre des plaines de vacances, autorisez-vous le personnel encadrant à photographier votre enfant ? Ces photos seront utilisées à des fins professionnelles (site internet de la Commune, journal communal). OUI/NON

- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler ?

.....

Je soussigné(e), (nom-prénom)

atteste avoir pris connaissance du R.O.I. (règlement d'ordre intérieur)

Date :

Signature(s) du(des) responsable(s) :