



FICHE D'INSCRIPTION LES ATELIERS DU MERCREDI



Administration Communale d'Olne - Service Accueil Extrascolaire

Adresse : Rue Village, 37 - 4877 Olne

Téléphone : 087/26.02.71 - 0479/79.15.71

Email : atl@olne.be

Site internet : www.olne.be

INFORMATIONS DE L'ENFANT

ANNÉE
20__/20__

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Domicile:

École fréquentée :



INFORMATIONS SUR LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1 :

Nom & Prénom :

Téléphone :

Email :

Responsable 2 :

Nom & Prénom :

Téléphone :

Email :



FACTURATION

Nom & Prénom :

Adresse :

Registre national :



AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon (mes) enfant(s) à quitter l'accueil extrascolaire en cas de problème avec:

M. ou Mme Tél:

M. ou Mme Tél:

M. ou Mme Tél:



LIVRET D'ACCUEIL : ROI + PROJET D'ACCUEIL

Je soussigné parent /
responsable légal de

Atteste avoir pris connaissance du livret d'accueil (règlement d'ordre intérieur + projet d'accueil) des ateliers du mercredi après-midi.

J'autorise / Je n'autorise pas la publication de photos de mon enfant sur les supports de communication de l'accueil.

Fait à : le : / / 20.....
Signature de la personne responsable de l'enfant:



FICHE DE SANTÉ LES ATELIERS DU MERCREDI



MÉDECIN TRAITANT:

Nom :

Téléphone :

INFORMATIONS MÉDICALE DE L'ENFANT

L'enfant présente-t-il :

- Une pathologie chronique (asthme, diabète, épilepsie, affection cardiaque, etc.)
- Une allergie (alimentaire, médicamenteuse, autre).
- Une intolérance ou sensibilité particulière.
- Aucune information médicale particulière.

Si oui, précisez :

.....



TRAITEMENT EN COURS PENDANT L'ACCUEIL

Oui

Non

Si oui :

Nom du médicament :

Posologie :

Modalités d'administration :;



APTITUDE AUX ACTIVITÉS

L'enfant peut-il participer aux activités physiques adaptées à son âge ?

Oui

Non

Si non, précisez les restrictions :

.....



AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné parent /
responsable légal de

- Autoriser l'équipe d'accueil à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence durant le temps d'accueil.
- Autoriser le médecin à prendre les décisions urgentes et indispensables si je ne suis pas joignable.

Les informations communiquées sont utilisées uniquement dans le cadre de l'accueil et peuvent être consultées ou rectifiées conformément à la législation sur la protection des données.

Fait à : le : / / 20.....
Signature de la personne responsable de l'enfant:
