



(case réservée au secrétariat des Castors)

Chers Parents,
Chers Castors...

Objet: **Fiche Signalétique & Santé (obligatoire)**

----- Formulaire à renouveler obligatoirement si modification(s)

*Pour favoriser l'accueil de votre/vos enfant(s), et réduire le coût de votre inscription, **Les Castors** sollicitent, auprès de l'ONE, une subvention, pour couvrir une partie **des frais d'encadrement** et **des frais de fonctionnement**. Cette subvention permet, aux Castors, de vous garantir des activités de qualité, dans un environnement exceptionnel et avec des prix particulièrement accessibles.*

Pour nous permettre de répondre aux différentes exigences administratives, voulez-vous bien compléter le présent formulaire d'inscription (fiche signalétique & Santé). (1 fiche par enfant)

*Cette fiche signalétique & Santé sont à rentrer au secrétariat des **Castors**, au plus tard, le premier jour de l'activité.*

➔ Important ! Vous devez, obligatoirement, nous avertir, également, de toutes modifications de votre situation et/ou de la fiche médicale de votre enfant.

Attention ! Si au moment de l'inscription de votre/vos enfant(s) nous ne disposons pas de cette fiche Signalétique & Santé dûment complétée, signée, nous ne pourrions malheureusement pas/plus accueillir votre enfant.

Vous savez qu'à la Ferme des Castors, nous mettons tout en œuvre pour l'accueil et le bien être de votre/vos enfant(s) et, pour nous permettre de préserver nos conditions particulièrement attrayantes et de qualité, aidez-nous à réussir en nous rentrant ce formulaire. C'est vous (votre famille et vos enfants) qui en êtes bénéficiaires.

Je reste, bien entendu, à votre entière disposition pour toutes les précisions que vous souhaiteriez. En vous remerciant d'avance pour votre obligeante attention et votre précieuse collaboration.

Je vous souhaite d'agréables moments en compagnie des Castors

Achille Verschoren
Directeur

Siège Social : « La Ferme des Castors » - rue du Faubourg, 16 – B 6250 Aiseau-Presles
Tél. : 071/76.03.22 - 071/74.04.75 - Fax : 071/76.19.26 - N° entreprise : 420.457.485
e-mail : info@castor.be ** Compte Bancaire IBAN: BE21 7320 3250 9603

Fiche signalétique & Santé -- Accueil d'enfants

Une fiche individuelle par enfant à renouveler à chaque modification (adresse, santé)

1. Données personnelles de l'enfant - lieu de vie : (en lettre capitale)

Nom de l'enfant																				
Prénom																				
Rue																	N°			
Code					Localité															
Né(e) le						Lieu de naissance									sexe					
e-mail personnel de l'enfant :											Gsm Personnel de l'enfant :									
N° National								N° carte SIS												
avec qui l'enfant vit-il habituellement ?	<input type="radio"/>	Famille	<input type="radio"/>	Grands Parents	<input type="radio"/>	Tuteur	<input type="radio"/>	Institution												
Nom de l'institution																				
Nom du responsable																				
Tél.:					1 ^{er} GSM :							2 ^{ème} GSM								

2. Données familiales : (lien de parenté)

1. Nom																				
Prénom																				
Lien de parenté :																				
Rue																	N°			
Code					Localité															
Tél.:					GSM Privé :							GSM Bureau :								
e-mail :																				

2. Nom																				
Prénom																				
Lien de parenté :																				
Rue																	N°			
Code					Localité															
Tél.:					GSM Privé :							GSM Bureau :								
e-mail :																				

3. Composition du ménage + composition de famille

Nombre d'enfants dans la famille →		Vos remarques :	
	Nom (des enfants)	Prénom (des enfants)	Date de Naissance
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Disposez-vous d'un statut **OMNIO** - Merci de joindre copie de l'attestation **Oui** **Non**

Vos remarques :

5. Fiche Médicale

*Notez ci-dessous tous les renseignements susceptibles d'aider
le médecin en cas de besoin (ceux-ci peuvent être sous pli fermé).*

Groupe Sanguin :		Vos remarques :
------------------	--	-----------------

L'enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos:	Oui	Non	Vos remarques :
--	------------	------------	-----------------

Date de la première injection	le :	Date du dernier rappel	le :
-------------------------------	------	------------------------	------

L'enfant souffre-t-il de :	Oui	Non	Si Oui, à détailler obligatoirement + vos remarques
de manière permanente ou régulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Merci de compléter si nécessaire ! Quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières à prendre ?
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maladie cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Affection de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Somnambulisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Insomnie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Incontinence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>(vous devez prévoir obligatoirement une alaise)</i>
Maladie contagieuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laquelle ?
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sinusite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bronchite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Saignements de nez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maux de ventre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Coups de soleil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Constipation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diarrhée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vomissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mal de route	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Souffre-t-il d'un handicap ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lequel ?
L'enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si Oui décrivez le type d'allergie (à quoi ?) Quelles en sont les conséquences ?
Port de lunettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si Oui , quelle dioptrie ?
Port d'un appareil auditif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre : (à définir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Vos remarques	

Médicaments : si votre enfant devait prendre un médicament quelconque, donnez-le-nous, avec la posologie, nous nous chargerions de le lui donner.
(vous devez fournir obligatoirement un document ou certificat signé par le médecin autorisant la prise de ce médicament)

Remarques et/ou recommandations	
---------------------------------	--

Veillez joindre 2 vignettes de la mutuelle de l'enfant.
(à coller ici par le coin supérieur)

La personne (ou l'éducateur) à prévenir en cas d'urgence (doit rester joignable)

Nom		Prénom	
Rue		N°	
Code Post:		Localité	
Tél. :		1 ^{er} GSM :	
		2 ^{ème} GSM :	

Nom de votre médecin traitant :

Docteur		Prénom	
Rue		N°	
Code Post:		Localité	
Tél. :		GSM :	

Divers – vos remarques personnelles :

Remarques et/ou recommandations	

La(les) personne(s) (ou l'éducateur) habilitée(s) à reprendre votre enfant

maximum 2 personnes – en cas du retour avec une tierce personne fournir, obligatoirement, une autorisation écrite avec l'identification de la personne (nom – Prénom – lien de parenté) + votre signature pour accord.

1. Nom		Prénom	
Lien de parenté :		GSM privé	
		GSM bureau	
2. Nom		Prénom	
Lien de parenté :		GSM privé	
		GSM bureau	

6. Autorisation et décharge des parents, tuteurs...

Je soussigné : (Nom & prénom)	
Lien de parenté / titre :	

- autorise mon fils/fille à participer aux différentes activités organisées par les Castors.
- Je certifie qu'il/elle est apte physiquement et mentalement à pratiquer toutes les activités prévues au programme.
- J'autorise la direction à prendre toute mesure et décisions nécessaires en cas d'accident ou de maladie. Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'accueil et/ou le séjour de mon enfant par le responsable de centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »
- Je déclare sur l'honneur, que toutes ces données sont complètes et correctes.
- Je prends bien connaissance que Les Castors déclinent toute responsabilité en cas de perte, dégradation et/ou de vol d'objets, d'argent, de vêtements, de lunettes...
- et que l'assurance R.C. des Castors ne couvre pas les soins médicaux entraînés par une maladie.
En cas de maladie, je m'engage à rembourser, sans délai, les frais avancés par Les Castors.
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement du centre, marquer mon accord et m'y conformer.

Date :		Pour accord + lien de parenté :
Signature obligatoire du/des parents ou tuteurs :		

Confidentialité : Les données contenues dans la fiche médicale sont des informations personnelles et confidentielles. Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et le cas échéant par les prestataires de santé consultés.