



## Parc Parmentier

### DEMANDE D'INSCRIPTION: STAGE DE NOËL 2020

MERCI DE COMPLÉTER EN LETTRE MAJUSCULES

#### ENFANT

NOM DE L'ENFANT:  DATE DE NAISSANCE:   
PRÉNOM DE L'ENFANT:

#### PARENTS

NOM:  PRÉNOM:   
NOM:  PRÉNOM:

ADRESSE:   
VILLE:  CODE POSTAL:   
TEL 1:  TEL 2:   
E-MAIL:  @

Pour obtenir des informations sur le traitement de vos données personnelles, rendez-vous sur notre site internet [www.parcparmentier.be](http://www.parcparmentier.be), rubrique politique de traitement des données.

#### INSCRIPTION (8€ par an)

**Tarif plein** 16,50€/jour (revenu ≥ 1500€/mois)  **Tarif réduit** (preuve des revenus du ménage)

**Semaine 1:** Du Lundi 21/12 au Jeudi 24/12

**Semaine 2:** Du Lundi 28/12 au Jeudi 31/12

Si l'organisation des lieux d'accueil décentralisés et des garderies est possible, compte tenu de la situation sanitaire actuelle, veuillez cocher votre choix. Nous prendrons contact avec vous en cas de modification dans l'organisation des lieux d'accueil.

#### Cocher le lieu d'accueil

**Parc Parmentier** (1150)

**Espace 16 Arts** (1070)  
(Transport en car +3€/jour pour les non-résidents d'Anderlecht)

#### Cocher si l'enfant reste à la garderie (3€/jour)

**Garderie Parmentier**  
de 8h à 9h et de 16h30 à 18h

Conditions d'annulation: Si vous ne désirez plus maintenir l'inscription de votre enfant, il est impératif de nous le faire savoir au plus tard 2 semaines avant le début de l'activité. A défaut, nous vous demanderons le montant total de l'activité. Seule la présentation d'un certificat médical permettra le remboursement de l'inscription aux activités de vacances.

Signature (lu et approuvé)

Date

# FICHE MEDICALE

COLLER UNE VIGNETTE  
DE MUTUELLE ICI

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE: (2 PERSONNES DIFFÉRENTES DES PARENTS)

NOM:  TEL:

LIEN DE PARENTÉ:

NOM:  TEL:

LIEN DE PARENTÉ:

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE:  TEL:

VOTRE ENFANT PEUT-IL PARTICIPER AUX ACTIVITÉS PROPOSÉES?  
(SPORT, EXCURSIONS, JEUX, NATATION,...)  OUI  NON

Y A-T-IL DES DONNÉES MÉDICALES SPÉCIFIQUES IMPORTANTES À CONNAÎTRE POUR  
LE BON DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS?  OUI  NON

(PROBLÈME CARDIAQUE, ÉPILEPSIE, ASTHME, MAL DES TRANSPORTS, RHUMATISME, SOMNAMBULISME,  
AFFECTIONS CUTANÉES, HANDICAP MOTEUR OU MENTAL,...)

INDIQUER LA FRÉQUENCE, LA GRAVITÉ ET LES ACTIONS À METTRE EN OEUVRE POUR  
LES ÉVITER ET/OU Y RÉAGIR:

QUELLES SONT LES MALADIES OU LES INTERVENTIONS MÉDICALES QU'A DU SUBIR LE  
PARTICIPANT? (+ANNÉE) (ROUGEOLE, APPENDICITE,...)

VOTRE ENFANTS EST-IL EN ORDRE DE VACCINATION CONTRE LE TÉTANOS?  OUI  NON

VOTRE ENFANTS EST-IL ALLERGIQUE À CERTAINES SUBSTANCES, ALIMENTS  
OU MÉDICAMENTS?  OUI  NON  
SI OUI, LESQUEL?

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES?

RÉGIME ALIMENTAIRE:  CLASSIQUE (SANS PORC)  VÉGÉTARIEN AVEC POISSON  
(COCHER 1 CASE)  CLASSIQUE SANS LACTOSE  VÉGÉTARIEN SANS POISSON

VOTRE ENFANTS FAIT-IL LA SIESTE?  OUI  NON

VOTRE ENFANTS PORTE-IL DES COUCHES?  OUI  NON

AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS JUGEZ IMPORTANTS:   
(PROBLÈME DE SOMMEIL, INCONTINENCE NOCTURNE, PROBLÈMES  
PSYCHIQUES OU PHYSIQUES, PORT DE LUNETTE OU APPAREIL AUDITIF,...)

EST-IL AUTONOME DANS LA PRISE DE MÉDICAMENT? :  OUI  NON  
NOUS RAPPELONS QUE LES MÉDICAMENTS NE PEUVENT PAS ÊTRE PARTAGÉS ENTRE LES ENFANTS)

SI NON, AUTORISEEZ-VOUS L'ÉQUIPE D'ANIMATION À ADMINISTRER LE  
MÉDICAMENT? :  OUI  NON

LES ANIMATEURS DISPOSENT D'UNE BOÎTE DE PREMIERS SOINS. DANS LE CAS DE SITUATION PONCTUELLE OU  
DANS L'ATTENDE DE L'ARRIVÉE DU MÉDECIN, ILS PEUVENT ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS CITÉS CI-  
DESSOUS ET CE À BON ESCIENT:

- DE LA CRÈME ARNIGEL
- DE LA CRÈME CALMIDERM
- DE LA CRÈME FLAMIGEL
- DU DÉSINFECTANT CÉDIUM

"Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par l'équipe du centre de vacances ou par le service médical qui est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même si il s'agit d'une intervention chirurgicale".

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 pas les collaborateurs et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites un an après le séjour si aucun dossier n'est pas ouvert.

En cas d'éléments non transmis qui auraient pu permettre une meilleure prise en charge de votre enfant, l'ASBL et l'équipe d'animation ne pourront être tenues responsables.

Signature (lu et approuvé)

Date

## DROIT À L'IMAGE

Je, soussigné,  accepte par la présence que les images sur lesquelles  
figure  ainsi que les sons qui permettent de l'identifier puissent être  
utilisés uniquement à des fins pédagogiques par l'asbl les Stations de Plein Air. Les photos, vidéos et sons pourront être publiés  
sur le site internet [www.parcparmentier.be](http://www.parcparmentier.be) dans le but d'expliquer et de valoriser l'activité pédagogique dans le cadre de  
laquelle ils ont été pris. En aucun cas les photos, vidéos et sons ne seront cédés à des tiers.

Signature (lu et approuvé)

Date