

TOUSSAINT 2009

FICHE D'INSCRIPTION

(à renvoyer à *Animations et Loisirs pour Tous asbl*

16/22 Square de Léopodville 1040 Bruxelles ou via l'adresse asblalt@yahoo.fr)

Je soussigné (nom et prénom des parents),.....

désire inscrire mon enfant dont voici les coordonnées :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel: *Gsm*: .

Date de naissance de l'enfant :

Au stage de (du 02 au 06 novembre 2009)

- Psychomotricité (3 à 5 ans)*
- Multiloisirs (6 à 8 ans)*
- Théâtre et loisirs (8 à 12 ans)*
- Football (8-14 ans)*

Forfaits et Paiements :

L'inscription au stage est de 50 € (semaine)

- par virement au compte 310 1955675 47
- en liquide sur place le premier jour

Renseignements :

Jadoul Isabel : 0477/563.760

Je complète également [la fiche médicale](#) ci-jointe et la renvoie à l'adresse ci-dessus.

Signature du tuteur

Fiche Santé: Tousaint 2009

1. Le participant et le tuteur

Nom : Prénom :
Langue parlée : Né(e) le :/...../.....
Nom du tuteur : Melle – Mme – M.
Adresse : n° CP
Tél privé : Tél bureau : GSM :
e-mail :

Personnes à contacter en cas d'urgence pendant le centre de vacances :

1. Nom : Tél : Lien de parenté :
2. Nom : Tél : Lien de parenté :
3. Nom : Tél : Lien de parenté :

2. Loisirs

Y a-t-il des sports / activités que votre enfant ne peut pas pratiquer ? Lesquels ?

.....

Votre enfant sait-il nager au moins 25m ? oui – non

Votre enfant sait-il rouler à vélo ? oui – non

Votre enfant a-t-il déjà participé à un centre de vacances ? oui - non

3. Repas

Y a-t-il des aliments que votre enfant ne digère pas ou en est allergique ? Lesquels ?

.....

A-t-il/elle un régime précis à respecter ? Veuillez expliquer.

.....

Est-il/elle végétarien / végétalien ?

4. Santé

Nom du médecin traitant l'enfant et téléphone :

Etat actuel du participant : TB – B – Moyen

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

Groupe sanguin

5. Informations médicales

Y a-t-il des médicaments dont votre enfant est allergique ? Lesquels ?

.....

Votre enfant devra-t-il prendre des médicaments durant la journée ? Lesquels ? A quel moment ? A quelle quantité ?

.....

A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui – non

Date de la 1^{ère} injection Date du dernier rappel

Informations supplémentaires à spécifier :

.....

Date et signature du tuteur :