



Administration communale  
de Wellin

Agent traitant : Nathalie Nannan

☎ 084/38 89 85 0495/27 94 45

✉ nathalie.nannan@wellin.be

## FICHE SANTE

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le .... /.... /..... N° de registre national : .....

Adresse de l'enfant : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

### Personne responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : ..... lien de parenté : .....

Email : ..... Téléphone : .....

Adresse du domicile : .....

N° de GSM des parents : .....

### Personnes à contacter en cas d'urgence si la personne responsable est injoignable:

Nom : ..... Lien de parenté : ..... tél. : .....

Nom : ..... Lien de parenté : ..... tél. : .....

**Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître ?** (*Problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental, interventions médicales, etc.*) **Si oui, veuillez indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.**

.....  
.....

**Y a-t-il des activités que votre enfant ne peut pas pratiquer ?** Si oui, lesquelles et pourquoi ?

.....  
.....

**Votre enfant a-t-il des allergies, intolérances ? Suit-il un régime alimentaire spécifique ?**

.....  
.....

**Autres renseignements importants à signaler** (ne sait pas nager, port de lunettes, appareil auditif, problèmes psychiques ou physiques, problèmes de sommeil, incontinence nocturne, ...)

.....  
.....

Nom du médecin traitant : ..... Tél. : .....



Ces 2 faces remplies sont à scanner et renvoyer par mail à [nathalie.nannan@wellin.be](mailto:nathalie.nannan@wellin.be) ou à déposer dans la boîte aux lettres du CPAS Grand place 8 ou dans celle de la Commune Grand Place 1 à 6920 Wellin à l'attention de Nathalie NANNAN pour le 3 juillet au plus tard. Merci.



# INSCRIPTION & AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (nom et prénom) : .....

Agissant en qualité de : père – mère – tuteur

J'inscris mon enfant aux plaines de Wellin (nom et prénom) : .....

- Semaine 1 : du lundi 8 au vendredi 12 juillet 2024
- Semaine 2 : du lundi 15 juillet au vendredi 19 juillet 2024
- Semaine 3 : du lundi 22 juillet au vendredi 26 juillet 2024

J'inscris mon enfant à l'accueil (forfait de 5€/semaine)

- Matin (entre 7h30 et 8h30)
- soir (entre 16h15 et 17h30)
- Non

- ✓ **J'autorise l'administration communale de Wellin à garder mes informations durant les stages** (Sans autorisation, l'inscription n'est pas valide).  Oui
- ✓ Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement **en cas de nécessité**, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.  Oui  Non
- ✓ **Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente** et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en fonction de la gravité de la situation.  Oui  Non
- ✓ **En cas d'accident**, j'autorise le personnel préposé à utiliser, si nécessaire, tout moyen de transport permettant la prise en charge rapide de mon enfant pour lui faire bénéficier des soins nécessaires en-dehors du lieu d'activité.  Oui  Non
- ✓ J'accorde à l'administration communale l'autorisation de **photographier** mon enfant et de diffuser en tout ou en partie ces images sur les sites web, dans les brochures ou tout autre sorte de documents imprimés émanant de l'administration communale de Wellin. Ces images sont destinées à promouvoir les activités pédagogiques et éducatives de l'Accueil Temps Libre de la commune de Wellin. La diffusion de ces images peut avoir un caractère public. J'ai été informé(e) du fait que je peux, à tout moment, demander qu'on cesse la diffusion.  Oui  Non
- ✓ J'accorde à la commune de Wellin l'autorisation de photographier mon enfant et de diffuser en tout ou en partie ces images sur le groupe Facebook "Plaines communales de Wellin". Ces images sont destinées à promouvoir les activités pédagogiques et éducatives de l'ATL de la commune de Wellin. La diffusion de ces images peut avoir un caractère public. J'ai été informé(e) du fait que je peux, à tout moment, demander qu'on cesse la diffusion.  Oui  Non
- ✓ J'ai pris connaissance du projet pédagogique et du règlement d'ordre intérieur (ROI) (disponible en ligne)  Oui
- ✓ Mon enfant quitte l'activité seulement accompagné de la (des) personne(s) suivante(s) :
  - Nom et prénom : ..... N° de téléphone : .....
  - Nom et prénom : ..... N° de téléphone : .....
  - Nom et prénom : ..... N° de téléphone : .....

## Cadre d'utilisation de ces informations :

Ces informations concernent le suivi journalier de votre enfant et sont exclusivement réservées à une utilisation interne dans le cadre des plaines / du stage. Ces données ne seront consultables que par les animateurs, coordinateurs et prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et modifier à tout moment.

Fait à Wellin, le .....

Signature : .....



Ces 2 faces remplies sont à scanner et renvoyer par mail à [nathalie.nannan@wellin.be](mailto:nathalie.nannan@wellin.be) ou à déposer dans la boîte aux lettres du CPAS Grand place 8 ou dans celle de la Commune Grand Place 1 à 6920 Wellin à l'attention de Nathalie NANNAN pour le 3 juillet au plus tard. Merci.

