

# Formulaire de réservation été 2021

**Inscrivez-vous aussi via Internet.  
Surfez sur [www.vacancesvivantes.be](http://www.vacancesvivantes.be)**

## PARTICIPANT / PARTICIPANTE

Nom (en majuscules): \_\_\_\_\_

Prénom (en majuscules): \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_  Garçon  Fille

N° de registre national: \_\_\_\_\_

Numéro de carte d'identité: \_\_\_\_\_

Validité de la carte d'identité: \_\_\_\_\_

## CHEF DE FAMILLE

Nom (en majuscules): \_\_\_\_\_

Prénom (en majuscules): \_\_\_\_\_

Rue & numéro: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Commune: \_\_\_\_\_

Tél. privé: \_\_\_\_\_

Tél. bureau: \_\_\_\_\_

Gsm (1): \_\_\_\_\_

Gsm (2): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_

N° personnel: \_\_\_\_\_

(si nécessaire)

### Régime alimentaire spécifique :

- Végétarien (sans poisson)  
 Sans porc  
 Sans gluten (dans ce cas, emporter une base: pâtes, pains, biscuits)  
 Autre: \_\_\_\_\_



Nos stages sont tous sous réserve de l'évolution de la situation «Covid-19» et sous réserve d'une programmation définitive pour les séjours en Belgique et à l'étranger.

### Affiliation à la mutuelle du participant / de la participante VIGNETTE OBLIGATOIRE

Toutes particularités médicales ou d'ordre psychologique doivent être impérativement déclarées sur la fiche médicale. Toute omission constatée lors du séjour pourrait, lorsque la situation s'avère difficile à gérer, obliger les parents à reprendre leurs enfants. Ceci vaut également pour les inscriptions via Internet.



VACANCES VIVANTES  
Formation et Loisirs des Jeunes asbl  
Chaussée de Vleurgat 113 - 1000 Bruxelles  
T 02 648 81 09 - F 02 648 65 94  
Lic. AEP A 1802

## SÉJOUR SOUHAITÉ

*(Consultez la brochure ou notre site Internet)*

Lieu de séjour: \_\_\_\_\_ Activité ou thème: \_\_\_\_\_

Remarques: \_\_\_\_\_

Dates: du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

**ACTION MGM** (voir p. 5) Nom et prénom de ton ami(e): \_\_\_\_\_

**CHÈQUE CADEAU** (voir p. 5) A télécharger sur notre site web

### J'autorise Vacances Vivantes à utiliser les photos de ma fille/mon fils dans le cadre d'actions publicitaires

(brochures, dépliants, facebook ou site internet de Vacances Vivantes)

OUI  NON

### Transport en train (à remplir pour les séjours en Belgique uniquement)

**Aller**  Bruxelles - Midi  Sur Place  Namur (uniquement pour les Ardennes)

**Retour**  Bruxelles - Midi  Sur Place  Namur (uniquement pour les Ardennes)

## RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ à remplir par les parents (informations confidentielles)

Personne à contacter en cas d'urgence	Parenté	N° tél./gsm
1.		
2.		
Si 1. et 2. sont injoignables		
3.		

Nom et n° de téléphone du **médecin du participant** : \_\_\_\_\_

Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...)

Raisons d'une éventuelle non-participation : \_\_\_\_\_

Sait-il/elle nager ?  TB /  B /  Moyen /  Difficilement /  Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau ?  Oui /  Non

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité ? (Ex.: problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental, ...) Indiquer la fréquence, la gravité des troubles ou de l'affection et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ? (Appendicite...) En quelle année ?

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ?  Oui /  Non.

Si oui, date du dernier rappel ? \_\_\_\_\_

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

Autres renseignements que vous jugez important de signaler (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)  Oui /  Non

Si non, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.

### Remarque importante concernant l'usage de médicaments :

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient : Du paracétamol; du désinfectant; une pommade anti-inflammatoire; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

« Par la présente, je soussigné, marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les responsables ou par le service médical qui y 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 s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur accord.

**Nous attestons par la présente avoir lu et approuvé les conditions générales.**

**La date et la signature du parent/tuteur**