

**Inscrivez-vous aussi via Internet.
Surfez sur 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: _____

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