



# Annexe 1 : Fiche d'inscription, fiche santé

## Plaine de vacance communale

### Congés de détente-Février 2024

(1 document par enfant)



Photo récente  
de l'enfant

#### Participant

NOM de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro national de l'enfant  
ou vignette de mutuelle : .....

Classe fréquentée : .....

Nom du chef de famille : ..... Numéro national : .....

Adresse : .....

Téléphone privé : .....

GSM parent 1 : ..... GSM parent 2: .....

Tél. travail parent 1: ..... Tél. travail parent 2 : .....

Heure d'arrivée : ..... Heure de retour : .....

Accueil du matin : OUI – NON      Accueil du soir : OUI – NON

Personnes autorisées à reprendre l'enfant (NOM + prénom) :  
.....  
.....

#### Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Lien de parenté.....	Lien de parenté.....	Lien de parenté.....
Tél : .....	Tél : .....	Tél : .....

#### Repas \*

- Aliments** qu'il/elle ne digère pas : .....
- Régime alimentaire** particulier à suivre : .....

\* Merci de cocher la case si applicable, et précisez le cas échéant.



### Santé \*

Nom du **médecin traitant** : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Il/elle doit prendre des **médicaments** pendant la journée : .....

Il/elle est porteur·euse d'un **handicap** : .....

Il/elle est vacciné·e contre le **tétanos** : 1<sup>ère</sup> injection le : ..... / ..... / .....      Dernier rappel le : ..... / ..... / .....

### Allergies \*

à certains **produits alimentaires** : .....

à certains **médicaments** : .....

Autres allergies : .....

### Maladies et affections chroniques \*

L'enfant souffre-t-il régulièrement ou de manière permanente d'une des **affections** suivantes ?

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète           | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Saignements de nez |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Asthme    | <input type="checkbox"/> Autres             |

*Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières à prendre ?  
Merci de joindre une attestation médicale en cas de traitement.*

.....  
.....

Avez-vous **d'autres renseignements utiles** à transmettre aux responsables des plaines ?

.....  
.....

*Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne pour 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.*

### Règlement

Tout changement d'adresse doit être signalé directement au service compétent. Toute inscription est payante. **Le paiement se fait uniquement lorsque l'inscription de votre enfant a été validée. A ce moment, les coordonnées bancaires de paiement vous seront transmises. A défaut de paiement dans les 7 jours, la commune se réserve le droit d'attribuer la place à un autre enfant.**

RGPD : Les données relatives à votre identité et celles de vos enfants ou autres personnes ne seront utilisées que dans le cadre de l'ATL (appel d'urgence, reprise des enfants...) soit à des fins de facturations. En aucun cas ces données ne seront diffusées à quiconque que ce soit conformément à la réglementation générale sur la protection des données personnelles.

*\* Merci de cocher la case si applicable, et précisez le cas échéant.*



## Annexe 2 : Formulaire de consentement

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

REPRESENTANT LEGAL DE :

**donne mon accord** pour l'inscription de l'enfant précité aux conditions prescrites. Les informations que j'ai fournies dans cette « Fiche inscription/Santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document.

**donne procuration** aux responsables de l'accueil extrascolaire/ des plaines communales pour prendre en mon nom les mesures médicales qui s'avèreraient nécessaires.

J'ai bien pris connaissance du règlement d'ordre intérieur des plaines communales d'Houyet.

Fait à ..... Le.....

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal :

RGPD : Les données relatives à votre identité et celles de vos enfants ou autres personnes ne seront utilisées que dans le cadre de l'ATL (appel d'urgence, reprise des enfants....) soit à des fins de facturations. En aucun cas ces données ne seront diffusées à quiconque que ce soit conformément à la réglementation générale sur la protection des données personnelles.

*\* Merci de cocher la case si applicable, et précisez le cas échéant.*



## Annexe 3 : Droit à l'image

Je soussigné(e),

**NOM :**

**PRENOM :**

**ADRESSE :**

**REPRESENTANT LEGAL DE :**

Marque mon accord au droit à l'image de mon enfant dans le cadre des activités extra-scolaire et plaines communales de vacances :

- Publication sur le site internet communal OUI - NON
- Publication sur la page Facebook « Accueil Temps Libre Houyet » OUI - NON
- Publication sur la page Facebook communale « Commune d'Houyet » OUI - NON
- Publication de photo dans le cadre d'un article de presse vers l'Avenir OUI - NON
- Publication de photo dans le bulletin communal OUI - NON

Je me déclare parfaitement informé des droits qui me sont attribués et reconnus par la Législation en matière de protection des données à caractère personnel, dont notamment celui de retirer à tout moment le(s) consentement(s) donné(s) par le présent formulaire et le droit d'obtenir l'effacement des données en adressant une simple demande à l'adresse mail : alt@houyet.be

Fait à ..... Le.....

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal :

RGPD : Les données relatives à votre identité et celles de vos enfants ou autres personnes ne seront utilisées que dans le cadre de l'ATL (appel d'urgence, reprise des enfants...) soit à des fins de facturations. En aucun cas ces données ne seront diffusées à quiconque que ce soit conformément à la réglementation générale sur la protection des données personnelles.

*\* Merci de cocher la case si applicable, et précisez le cas échéant.*