



# Fiche signalétique

(merci de compléter tous les champs en lettres capitales)

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  F  M Registre national : .....

Adresse complète : .....

Possède-t-il un abonnement STIB ? :  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom et registre national du responsable fiscal de l'enfant : .....

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> .....	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> .....
Tel fixe : .....	Tel fixe : .....
Tel travail : .....	Tel travail : .....
GSM : .....	GSM : .....
Mail : .....	Mail : .....
Souhaitez-vous recevoir notre newsletter ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Souhaitez-vous recevoir notre newsletter ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Qui peut venir chercher votre enfant et quel est le lien de parenté ? .....

.....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et numéro du médecin traitant : .....

Votre enfant peut-il participer à des activités sportives, et baignades?  Oui  Non

.....

L'enfant est-il vacciné contre le Tétanos ?  Oui  Non

L'enfant est-il **allergique** ?  Oui  Non

- A certains produits alimentaires : .....
- A certains médicaments : .....
- Autres : .....

L'enfant doit-il prendre des médicaments ?  Oui  Non .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (SUITE)

L'enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?  Oui  Non

L'enfant souffre-t-il, de manière permanente ou régulière, de :

	Oui	Non	Si 'oui', quel est son traitement habituel, comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Affection de la peau			
Asthme			
Constipation			
Diabète			
Diarrhée			
Epilepsie			
Incontinence			
Maladie cardiaque			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Vomissements			

### Remarques particulières concernant la participation de votre enfant aux activités d'ideji :

.....

.....

.....

**Attention !!! Pour les plus petits :** « *Mon enfant est propre, il ne porte plus de linge pendant la journée, ni pendant la sieste, et peut donc participer aux animations d'ideji* »

## REMARQUES IMPORTANTES

### Concernant l'usage de médicaments :

Les animateurs disposent d'une **boîte de premiers soins** (trousse de secours). 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 réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piquûre d'insectes.

**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 consentement.

**En cas de nécessité**, les parents/tuteurs marquent leur accord pour que le coordinateur prenne l'enfant en voiture.

### Protection des données personnelles :

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs d'ideji 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.

« *Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable de centre de vacances 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.* »

**Je reconnais avoir pris connaissance du règlement des plaines de vacances d'ideji (disponible sur le site internet [www.ideji.be](http://www.ideji.be) ou sur demande) et y adhérer.**

**Inscrit par :** Le papa - La maman - Autre (précisez) : .....

**Date :**

**Signature :**