

Administration communale de Bertogne  
Rue Grande 33/2  
6687 BERTOGNE  
061 21 02 70



## Fiche d'inscription accueil extra-scolaire, plaines communales, service repas

**à envoyer à extrascolaire@bertogne.be ou à remettre à l'administration communale**

Nom: .....

Prénom: .....

Sexe: M-F (\*)

Né(e) le: ...../...../..... Lieu de naissance (localité + pays) : .....

Nationalité: ..... Langue maternelle: .....

N° de registre national: .....

Adresse: ..... N°: ..... Bte: .....

Code postal: ..... Localité: .....

Inscrit à l'école de .....

### Personnes responsables

Personne responsable (chef de ménage , personne facturable qui recevra l'attestation fiscale à son nom) n°

1 : Nom - Prénom : ..... Tél : .....

N° National .....

ADRESSE MAIL .....

Souhaite obtenir une facturation par O mail

O version papier (cocher une des deux cases)

Personne responsable n° 2 : Nom - Prénom : ..... Tél : .....

Personne(s) autorisée(s) à reprendre l'enfant, en dehors des parents ou à contacter en cas d'urgence

1. Nom et prénom: .....

N° de téléphone : .....

Lien de parenté .....

2. Nom et prénom: .....

N° de téléphone : .....

Lien de parenté .....

### Autorisations

J'autorise- je n'autorise pas\* mon enfant à se déplacer dans le cadre des activités organisées.

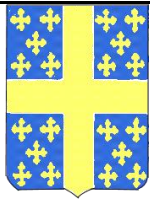
J'autorise- je n'autorise pas\* l'utilisation d'image de mon enfant.

\* Entourer la bonne mention

**Pour accord des parents,**

**Date et signature** (précédées de la mention manuscrite "Lu et approuvé"):





Administration communale de Bertogne  
Rue Grande 33/2  
6687 BERTOGNE  
061 21 02 70



**Coordinatrice ATL**

Marine CHISOONE

32 (0)61.21.61.09 – 061/21.02.76

[extrascolaire@bertogne.be](mailto:extrascolaire@bertogne.be)

## Fiche santé

**indispensable pour l'accueil extra-scolaire et les plaines communales à envoyer à [extrascolaire@bertogne.be](mailto:extrascolaire@bertogne.be) ou à remettre à l'administration communale**

### Vignette de mutuelle

N° de dossier :

Prénom :

Nom de famille :

Date de naissance :

Age :

## Décharge médicale

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de père/mère/tuteur(trice) de l'enfant, autorise les responsables à prendre les dispositions qui s'imposent en cas de maladie ou d'accident qui pourraient survenir à mon enfant durant les tranches horaires pendant lesquelles il leur est confié.

Téléphone de contact:

### Loisirs :

- Quels sont ses loisirs favoris ?
- Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ?
- Peut-il/elle pratiquer la natation ?
- Niveau de natation ?
- Sait-il/elle rouler à vélo ?

### Repas :

- Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui / non, Si oui, lesquels ?

A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non, Si oui, lequel ?

### Santé :

- Médecin traitant ou pédiatre :
- Téléphone :
- Adresse
- Etat de santé actuel ? {
- Est-il/elle soigné(e) par homéopathie
- Groupe sanguin :

### Informations médicales :

- Votre enfant a-t-il des allergies ?

Votre enfant a-t-il subi une maladie ou intervention grave ? oui / non. Si oui, quand et lesquelles ?

- Si votre enfant prend des médicaments, veuillez nous fournir une attestation du médecin en mentionnant la raison, la posologie, la fréquence.
- Porte-t-il/elle des lunettes ? oui / non. Si oui, quelle dioptrie ?
- Porte-t-il/elle un appareil auditif ?
- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui / non. Si oui, lequel ?

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

Diabète :

Maladie cardiaque :

Epilepsie :

Affection de la peau :

Somnambulisme :

Insomnie :

Incontinence :

Maladie contagieuse :

Asthme :

Sinusite :

Bronchite :

Saignement de nez :

Maux de tête :

Maux de ventre :

Constipation :

Diarrhée :

Vomissement :

Mal des transports :

Autres :

<p>Nom du signataire et lien de parenté</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>	<p>Pour mise à jour :</p> <p>Nom du signataire et lien de parenté</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>
--	--