



## Annexe 1 : Fiche d'inscription, fiche santé Accueil extrascolaire

### Participant

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

Date de naissance : .....

Nom de l'école fréquentée : ..... Classe : .....

Nom du chef de famille : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone privé : .....

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

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

Lien de parenté parent 1 : ..... Lien de parenté parent 2 : .....

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

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

.....

### Repas \*

**Aliments** qu'il/elle ne digère pas : .....

**Régime alimentaire** particulier à suivre : .....

### Santé \*

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

Adresse : .....

L'enfant est soigné par **homéopathie**

L'enfant a subi une **maladie ou intervention** grave : *Quand ?* .....  
*Laquelle ?* .....

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 : .....* / ..... / .....

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.*



*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 ?

- Diabète
- Épilepsie
- Saignements de nez
- Maladie cardiaque
- Asthme
- 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 ?

.....  
.....

*Règlement*

Tout changement d'adresse doit être signalé directement au service compétent. Toute inscription est payante. **Le paiement doit être effectué dès réception de la facture, mais pas avant.** Toute absence non signalée sera comptabilisée comme présence.

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 l'Accueil Temps Libre.

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 : Formulaire de consentement : 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 Yvoir » OUI - NON
- Publication sur la page Facebook communale « Commune d'Yvoir » 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@yvoir.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.*