



## **PAIEMENT**

- ⇒ Par versement ou virement/PCbanking au C.C.P. BE59 0971 2272 7026 de l'Administration communale de Jette; ne pas oublier d'indiquer le nom, prénom de l'enfant ainsi que la période;
- ⇒ Paiement en espèces ou par Bancontact à l'administration communale de Jette – Service GE.FI.CO (GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE), - GUICHET A, AU REZ-DE CHAUSSEE
- ⇒ Vous rencontrez des difficultés financières ?  
Une difficulté financière ne devant pas être un frein à la participation de votre enfant :  
Sous certaines conditions, un tarif réduit peut-être accordé aux enfants Jettois. A cet effet, il y a lieu de prendre rendez-vous par téléphone avec l'assistant social M. J. Mestag, chaussée de Wemmel, 102 à 1090 Jette (02/422.31.05 – 02/422.31.06)

Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : .....  
déclare avoir pris connaissance de "l'avis aux parents" et le règlement d'ordre intérieur consultable sur notre site communal [www.jette.be/loisirs/kids](http://www.jette.be/loisirs/kids) Holidays ou au guichet du Service Kids' Holidays - 2<sup>ème</sup> étage-bureau 227 - et marquer mon accord avec les directives qui y sont reprises.

....., le ..... 2015

Signature

**COMMUNE DE JETTE**  
**Fiche santé**  
 Plaine de vacances  
 Été 2015



**Le/la participant(e)**

- NOM : ..... PRENOM : .....
- Date de naissance : .....
- NOM DU CHEF DE FAMILLE : .....
- Adresse : .....
- Téléphone : privé : ..... travail : ..... GSM : .....

**Lieux de vie**

- Où l'enfant vit-il/elle habituellement? famille/institution/grands-parents/ .....
- Personnes à contacter en cas d'urgence pendant la plaine de vacances
  1. Nom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....
  2. Nom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....
- Type d'enseignement suivi : général - spécialisé Année scolaire : .....
- A-t-il/elle des frères ou soeurs ? oui/non Si oui, combien : .....
- Quelle est sa langue usuelle ? .....

**Loisirs**

- Quels sont ses loisirs favoris ? .....
- Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ? .....
- Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui/non  
 Sait-il/elle nager ? Très bien Bien Moyen Difficilement Pas du tout
- Sait-il/elle rouler à vélo ? oui/non
- A-t-il/elle déjà participé(e) à une plaine de vacances ? oui/non  
 Si oui, où et quand ? .....

**Santé**

- NOM DU MEDECIN TRAITANT : ..... Téléphone : .....
- Etat de santé actuel du (de la) participant(e) : Très bien Bien Moyen
- Est-il/elle soigné(e) par homéopathie? oui/non
- GROUPE SANGUIN : .....

**INFORMATIONS MEDICALES**

- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui/non Si oui :
  - le quel ? .....
  - **Veillez prendre contact avec nos services avant l'inscription de votre enfant.**



- L'enfant souffre-t-il/elle 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!
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			

	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel - comment réagir? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire!
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui/non  
Si oui, quand et laquelle ? .....
- Est-il/elle allergique ?  
Au lactose ? oui/non  
A certains médicaments ? oui/non Si oui, lesquels ? .....  
Au soleil ? oui/non Si oui, quelles précautions particulières prendre  
A d'autres choses ? oui/non si oui, à quoi ? .....
- Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? oui/non  
Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ? .....
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :  
Porte-t-il/elle des lunettes ? oui/non Si oui, quelle dioptrie ? .....  
Porte-t-il/elle un appareil auditif ? oui/non
- A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui/non  
Date de la première injection : ..... Date du dernier rappel : .....
- Quel est son poids ? ..... Quelle est sa taille ? .....
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à une plaine de vacances ?  
.....

**Les informations fournies dans cette "Fiche 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. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le/la responsable de la plaine de vacances à prendre toutes mesures médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical ...).**

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur,...) : .....

Date et signature : .....

Signature des parents ou du responsable : .....

**COLLER ICI UNE VIGNETTE**

**DE LA MUTUELLE**