



## Fiche signalétique stage

- Merci de remplir cette fiche signalétique et de nous la renvoyer par mail à [amusette.asbl@gmail.com](mailto:amusette.asbl@gmail.com).
- Votre réservation ne sera effective qu'après la réception de ce document dûment complété et le versement d'un **acompte de 15 €** sur le compte IBAN : BE 58 3701 1239 3179.
- Le paiement complet ne devra être effectué qu'une semaine avant le début du stage au plus tard.
- Pour ces deux versements, indiquez en communication : le(s) nom(s) et prénom(s) de l'enfant ainsi que l'intitulé du stage.

### Je soussigné(e)

Identité du/des parent(s) ou représentant légal			
Nom :	Prénom :		
Adresse : rue	N° :	Bte :	
Localité :	CP :		
Tél. / GSM :			
Email :			

### Responsable de

Identité de l'enfant (une fiche par enfant)	
Nom :	Prénom :
Né (e) le	

### Autorise mon fils/ma fille à participer au stage organisé par L'Amusette

Du (jj/mm/aa) :	Au (jj/mm/aa) :
Intitulé :	
Au coût de :	€

### Droit à l'image

<i>« Par la présente, je renonce à tous les droits moraux et financiers concernant le droit à l'image et autorise l'ASBL l'Amusette à utiliser, sans restriction de temps et d'espaces et via tous types de supports de communication., les images de mon enfant qui auraient été prises au cours des activités de stage et ce à l'usage exclusif de fins professionnelles ».</i>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	------------------------------	------------------------------

Date :	Signature(s) et mentions « bon pour accord » et « lu et approuvé » :

Insérez ici une vignette de mutuelle

## Fiche santé individuelle

À compléter par les parents, ou représentant légal  
de l'enfant au début de chaque stage.  
(Une fiche par enfant)

Insérez ici une vignette de mutuelle

Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant/de vous-même en cas de nécessité.  
Elle sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin.  
Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.  
N'hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateurs si cela vous semble utile.

### Identité de l'enfant

Nom :

Prénom :

### Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Tél. / GSM :

Tél. / GSM :

Remarque(s) :

Remarque(s) :

### Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom :

Adresse

Tél. / GSM :

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, baignade...)

OUI

NON

Précisions éventuelles :

Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

diabète

affection cardiaque

épilepsie

asthme

affection cutanée

handicap mental

maux de tête / migraines

mal des transports

handicap moteur

autre :

Si vous avez coché une ou plusieurs cases, merci d'indiquer la **fréquence**, la **gravité** et les **actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir** :

Quelles sont les **autres maladies importantes ou les interventions chirurgicales** qu'a dû subir le participant ? (appendicite, rougeole...) + années respectives

**Autres renseignements** concernant le participant **que vous jugez importants** pour le bon déroulement des activités / du stage (problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...) :

Le participant est-il **en ordre de vaccination contre le tétanos** ?

OUI

NON

**Date du dernier rappel :**

Le participant est-il **allergique à certaines substances, aliments ou médicaments** ?

OUI

NON

**Si oui, lesquels ?**

**Quelles en sont les conséquences ?**

Le participant a-t-il un **prescrit ou un régime alimentaire particulier**, d'ordre **médical, culturel ou éthique** ?

OUI

NON

*p.ex. : pas de bonbon pour cause d'appareil dentaire, porc prohibé, nourriture hallal...*

**Si oui, lequel ?**

Le participant doit-il prendre des **médicaments au cours des journées de stage** ?

OUI

NON

**Si oui, lesquels ?**

Préciser le **dosage** et les **quantités**

**Quand ?**

*(nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)*

Remarques : Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments suivants et ce à bon escient : paracétamol, antiseptique (de type Chlorhexidine), pommade apaisante (sur avis médical ou du pharmacien).

**« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par le responsable du stage 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 à défaut de pouvoir être contacté personnellement »***

Date et signature du parent  
ou représentant légal de l'enfant

Date et signature du parent  
ou représentant légal de l'enfant

**Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles.**

Le traitement des données médicales est effectué dans le cadre de nos activités légitimes et moyennant les garanties appropriées, conformément à l'article 9 §2 du Règlement général relatif à la protection des données.

Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la législation relative à la protection de la vie privée ainsi qu'à la loi du 19 juillet 2006, modifiant celle du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, et sont soumis au secret professionnel tel que stipulée dans l'article 458 du Code pénal.

Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté.

Vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

Ces données seront détruites au plus tard un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert