

- **L'enfant devra obligatoirement suivre la plaine de vacances dans la même langue et la même section que celle suivie à l'école durant l'année scolaire.**
- **A cet effet, veuillez remplir le formulaire dans la langue de l'école fréquentée par l'enfant.**

A remettre au plus tard le 22 mars 2019, **AVEC LA PREUVE DE PAIEMENT** à l'administration communale de Jette, service Kids' Holidays (étage 2B) chaussée de Wemmel, 100 à 1090 Jette ; ou dans la boîte postale ; ou à l'accueil.

Nous n'acceptons aucune inscription sans paiement.

Annexer **OBLIGATOIREMENT** au bulletin d'inscription : copie de la preuve de paiement (1 paiement distinct par enfant) + fiche de santé dûment complétée.



Les places sont limitées, prière de téléphoner après le 22 mars au 02/423.12.47 afin de savoir s'il reste des places disponibles avant d'effectuer tout paiement.

Coordonnées de l'enfant (EN MAJUSCULES)

Num.Nat. - -

Nom : Prénom :

né(e) le Sexe : M - F

Rue/Av. : boîte.....

Code postal Commune.....

fréquentant l'école

Section maternelle

Section primaire

Cochez la ou les semaines choisie(s)

Pâques 2019		Jettois	Non-jettois
1	<input type="checkbox"/> du 08.04 au 12.04.2019 - 5 jours	47,50€	95€
2	<input type="checkbox"/> du 15.04 au 19.04.2019 - 5 jours	47,50€	95€
TOTAL			

Attention : les points de ramassage dans les écoles ont été supprimés.

Coordonnées du parent, tuteur ou responsable de l'enfant à contacter (EN MAJUSCULES)

Nom : Prénom.....(parents)

Rue / Av : n°boîte.....

Code postal : Commune :

tél. privé : tél. bureau : GSM :

Adresse e-mail :

Remarque :

☞ Il est impératif de nous communiquer votre N° de compte pour un remboursement éventuel :

B E - - -

☞ **Une attestation fiscale sera envoyée au parent ayant payé, dans le courant de l'année qui suit.**

PAIEMENT

- ❖ Par versement ou virement/Pc Banking au C.C.P. **BE59 0971 2272 7026** de l'Administration Communale de Jette ; ne pas oublier d'indiquer le nom et prénom de l'enfant ainsi que la période choisie ;
- ❖ Paiement en espèces ou par Bancontact à l'Administration communale de Jette au Service GE.FI.CO – GUICHET A , AU REZ-DE-CHAUSSEE , les billets de € 200 et de € 500 ne seront pas acceptés lors du paiement ;
- ❖ Vos informations personnelles seront traitées de manière confidentielle. Conformément à la loi sur la confidentialité des données personnelles, vous pouvez les consulter, les modifier ou les faire supprimer à tout moment.
- ❖ **Sous certaines conditions, un tarif réduit peut être accordé aux enfants Jettois.**
A cet effet , il y a lieu de prendre rendez-vous avec Mme Bourgoing, assistante sociale, chaussée de Wemmel 102 à 1090 Jette (☎ 02/422.31.06).

*Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....
déclare avoir pris connaissance de "l'avis aux parents" et du règlement d'ordre intérieur consultable sur
le site communal www.jette.be/loisirs/Kids'Holidays (ou au guichet du Service Kids' Holidays - 2^{ème} étage-
bureau 227) et marque mon accord avec les directives qui y sont reprises.*

A....., le..... 2019

Signature

Commune de Jette
Plaine de vacances
2019



FICHE DE SANTE

(les données seront traitées de manière confidentielle et détruites après la plaine de vacances)

NOM et PRÉNOM du participant :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Téléphone :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom Lien de parenté..... Téléphone.....

Nom Lien de parenté..... Téléphone.....

3ème personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables :

NomLien de parenté..... Téléphone.....

Nom et n° de téléphone de votre médecin de famille :

Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...)

.....

Raisons d'une éventuelle non-participation :

.....

.....

Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau ? · Oui · Non

Est-ce sa première participation à un centre de vacances ? · Oui · Non

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui / non

Si oui , lequel ?.....

Veillez prendre contact avec nos services avant l'inscription, de votre enfant.

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...). Indiquer aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....

.....

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ? (+année?) (rougeole, appendicite...)

.....

.....

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? • Oui • Non (en quelle année ?).....

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

Si oui, lesquels

.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

.....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

.....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui lesquels, en quelle quantité et quand ?

.....

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

Remarque importante concernant l'usage de médicaments.

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 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 piqûre d'insecte.

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.

Le cadre d'utilisation de ces informations

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs 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 la participation de mon enfant par le responsable du 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. »

La date et la signature du parent/tuteur,



OBLIGATOIRE : Coller ici une vignette de la mutuelle de votre enfant.

