

**INSCRIPTION**


→ **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 **6 mars 2020**, **AVEC LA PREUVE DE PAIEMENT ET LA FICHE DE SANTE DUMENT COMPLETEE** 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 ou envoi par mail : kidsholidays@jette.irisnet.be



**Pas d'inscription sans paiement.**

<b><u>Coordonnées de l'enfant ( EN MAJUSCULES)</u></b>			<b><u>Coordonnées du parent / tuteur (EN MAJUSCULES)</u></b>														
Nom : .....			Nom : .....														
Prénom : .....			Prénom.....														
né(e) le ..... Sexe : M - F - X			Adresse complète :.....														
Adresse complète:.....			.....														
.....			GSM : .....														
école fréquentée : .....			tél. privé : .....														
Section maternelle <input type="checkbox"/> Section primaire <input type="checkbox"/>			tél. Bureau : .....														
<b><u>Cochez la/les semaine(s) choisie(s)</u></b>			<b><u>Remarque :</u></b>														
<b><u>Pâques 2020</u></b>			<b>Il est impératif de nous communiquer votre N° de compte pour un remboursement éventuel :</b>														
	du 06/04 au 10/04/20 (5jours)	48€	96€	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">B</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">E</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		B	E										
B	E																
	du 14/04 au 17/04/20 (4jours)	38,40€	76,80€														
<b><u>TOTAL</u></b>																	
<b><u>OBLIGATOIRE</u></b>			<b><u>Une attestation fiscale sera envoyée au parent ayant payé, dans le courant de l'année qui suit.</u></b>														
 <b>Coller <u>ici</u> une vignette de la mutuelle de votre enfant.</b>																	
<b><u>PAIEMENT</u></b>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Par versement ou virement/Pc Banking au C.C.P. <b>BE59 0971 2272 7026</b> de l'Administration Communale de Jette ; ne pas oublier d'indiquer le nom et prénom de l'enfant ainsi que la période choisie ;</li> <li>➤ Paiement en espèces ou par Bancontact à l'Administration communale de Jette au Service GE.FI.CO –GUICHET A, AU REZ-DE-CHAUSSEE ;</li> <li>➤ 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 ;</li> <li>➤ <b><u>Sous certaines conditions, un tarif réduit peut être accordé aux enfants Jettois.</u></b> 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).</li> </ul>																	

*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](http://www.jette.be/loisirs/Kids'Holidays) (ou au guichet du Service Kids' Holidays - 2<sup>ème</sup> étage-bureau 227) et marque mon accord avec les directives qui y sont reprises.*

A....., le..... 2020

Signature



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

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.

<b><u>PARTICIPANT</u></b>	
nom, prénom : .....date de naissance :..... Adresse : .....téléphone :.....	
<b><u>Personnes à contacter en cas d'urgence:</u></b>  Mère - GSM : ..... Père - GSM : ..... Autres/ tuteurs - GSM : ..... <b><u>Médecin de famille:</u></b>  Nom : .....tél : .....	<b><u>Données médicales spécifiques :</u></b> <b><u>Entourez</u></b> : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental. <b><u>Autres</u></b> : ..... Indiquer aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir : .....  <b><u>Remarques importantes concernant l'usage de médicaments.</u></b>  <i>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.</i> <i>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.</i>
<b><u>Natation à partir de 5 ans</u></b> (sait-il/elle nager) :  <input type="radio"/> Très bien/ Bien/ moyen <input type="radio"/> difficile/ pas du tout/ peur de l'eau	Maladie/interventions médicales (ex . rougeole, appendicite.....):    oui/non.  Si oui lesquelles/laquelle :.....  Vaccin tétanos: oui/non - si oui, l'année :..... Régime Alimentaire ? Spécifiez :..... ..... Autres renseignements importants à connaître ?(problème de sommeil, incontinence nocturne ,problèmes psychiques ou physiques, appareil auditif, lunettes....) :..... Prise de médicament( uniquement avec attestation du médecin) :    oui/non  Si oui lesquels :.....  Autonome dans la prise de médicament ? oui /non
<b><u>Allergies ( aliments, substances, médicaments...)</u></b> : oui / non – si oui : lesquelles :.....  .....  Conséquences : ..... .....	<b><u>Handicap</u></b>  <b><u>contactez notre service au 02/423.12.93</u></b>  <b><u>avant inscription</u></b>

« 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*