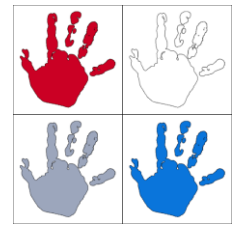




COMMUNE DE WALHAIN
PLAINES COMMUNALES DE VACANCES



LIEU D'ACCUEIL : Ecole de Walhain centre

2019

DATE :

- | | | | |
|---------|--|-----------|--|
| Pâques | <input type="checkbox"/> 8/04 -12/04 | Août | <input type="checkbox"/> 12/08 – 16/08 |
| | <input type="checkbox"/> 15/04 - 19/04 | | <input type="checkbox"/> 19/08 - 23/08 |
| Juillet | <input type="checkbox"/> 15/07 – 19/07 | Toussaint | <input type="checkbox"/> 28/10 - 31/10 |
| | <input type="checkbox"/> 22/07 - 26/07 | | |

PARTICIPANT (merci d'écrire en imprimé)

Nom :	Lieu de naissance :	Rue :
Prénom :	Age :	Code postal :
Date de naissance :	Ecole fréquentée :	Localité :

1^{ère} inscription : OUI – NON

PERSONNE(S) DE CONTACT(S) (merci d'écrire en imprimé)

Nom :	GSM :	Rue :
Prénom :	Tél :	Code postal :
Lien de parenté :	Mail :	Localité :

Nom :	GSM :	Rue :
Prénom :	Tél :	Code postal :
Lien de parenté :	Mail :	Localité :

L'inscription ne se fera plus sur base d'un paiement anticipatif mais bien sur base d'une facture qui vous sera envoyée à l'issue des plaines. (40 €/semaine ; 30 €/semaine à partir du 3^{ème} enfant d'une même famille; 32 € et 24 € pour les semaines comptant 4 jours)

Je soussigné :

- donne mon accord pour l'inscription de mon enfant aux conditions prescrites.
- s'engage à payer la facture dans les 30 jours de réception en respectant à la lettre toutes les informations (n° de compte, communication structurée,..)
- autorise les plaines à prendre des photos et les mettre sur le site communal.

J'ai lu et approuvé le R.O.I. des plaines ainsi que le projet pédagogique (N.B. Ceux-ci sont consultables sur le site internet de la commune).

Je remplis la fiche santé ci-après et je joins également 2 vignettes mutuelle.

Date :

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont gardées (sous format papier) dans un fichier tenu par Mme Isabelle PAAR avec comme finalité l'organisation des plaines de vacances. Elles sont conservées pendant 5 ans et destinées au service ATL et au service du Personnel. Conformément aux articles 15 et suivants du Règlement général sur la protection des données, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant Mme Isabelle PAAR, Coordinatrice ATL de la Commune.

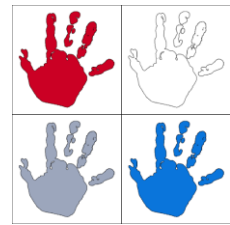
Renseignements complémentaires :

Isabelle PAAR

010/65.32.08

0471/02.03.23

isabelle.paar@walhain.be



INFORMATIONS MEDICALES CONFIDENTIELLES

Nom, prénom du participant :

Nom du médecin traitant :

Tél :

GSM :

Groupe sanguin :

Etat de santé actuel :

Très bon

Bon

Moyen

Souffre-t-il/elle de		Traitement habituel / précautions particulières
Diabète	<input type="checkbox"/>	
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	
Affection de la peau	<input type="checkbox"/>	
Incontinence	<input type="checkbox"/>	
Asthme	<input type="checkbox"/>	
Saignement de nez	<input type="checkbox"/>	
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	
Maux de ventre	<input type="checkbox"/>	
Sinusites	<input type="checkbox"/>	
Bronchites	<input type="checkbox"/>	
Allergies/intolérances	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	
A-t-il/elle		Détails
un régime particulier à suivre	<input type="checkbox"/>	
subit une maladie ou intervention grave	<input type="checkbox"/>	
des lunettes	<input type="checkbox"/>	
un appareil auditif	<input type="checkbox"/>	
un handicap mental	<input type="checkbox"/>	
été vacciné contre le tétanos (date d'injection)	<input type="checkbox"/>	
Est-il/elle vite fatigué-e ?	<input type="checkbox"/>	
Remarque(s) particulière(s)	<input type="checkbox"/>	

Les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes. Je soussigné donne procuration aux responsables de la plaine pour prendre en mon nom les mesures médicales qui s'avèreraient nécessaires.

Date :

Signature

Les informations recueillies sur ce formulaire sont gardées (sous format papier) dans un fichier tenu par Mme Isabelle PAAR avec comme finalité l'organisation des plaines de vacances. Elles sont conservées pendant 5 ans et destinées au service ATL et au service du Personnel. Conformément aux articles 15 et suivants du Règlement général sur la protection des données, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant Mme Isabelle PAAR, Coordinatrice ATL de la Commune.

Renseignements complémentaires :

Isabelle PAAR

010/65.32.08

0471/02.03.23

isabelle.paar@walhain.be