

- A remettre au plus tard le 20 mars 2015.
- Soit dans la boîte aux lettres, soit à l' "Accueil" , soit au guichet Kids' Holidays, étage 2B de l'administration communale de Jette, chaussée de Wemmel, 100 à 1090 Jette.

Coordonnées de l'enfant (A COMPLETER EN MAJUSCULES) :

Numéro national :

Nom :prénom

Né(e)sexe : M - F

rue/av. :n°boîte

Habitant à (code postal)(commune).....

fréquentant l'école

en section : maternelle primaire

Cochez la/les SEMAINE(S) de fréquentation choisie(s) :

		PAQUES 2015	Jettois	Non-jettois	Sous-total
1	<input type="checkbox"/>	du 07.04 au 10.04.2015 - 4 jours	32,80€	68€	
2	<input type="checkbox"/>	du 13.04 au 17.04.2015 - 5 jours	41€	85€	

TOTAL :



**Joindre obligatoirement la preuve de paiement -
Les inscriptions sont également acceptées en fonction des places disponibles.
Après le 20 mars 2015 prière de téléphoner au n° 02/423.12.47 afin de savoir s'il
reste des places disponibles avant d'effectuer le paiement.**

Cochez le point de ramassage choisi :

- Ecole Van Asbroeck - entrée par le coin de la rue S. Legrelle et la rue H. Van Eepoel
- Ecole Vanhelmont – av. de Levis Mirepoix, 129
- Ecole Aurore – rue Maurice Van Rollegem, 4 (cour des néerlandophones)
- Ecole Jacques Brel – rue Esseghem 101
- Ecole du Poelbos – **entrée par l'avenue du Laerbeek, 110 (school Poelbos)**

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

NOM :Prénom : père, mère

Habitant à (code postal) (commune)

Rue/av. :n°boîte.....

tél. privé : tél. bureau :GSM :

N° de compte pour remboursement éventuel :

BE

Une attestation fiscale vous sera envoyée dans le courant de l'année qui suit

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

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' Holidays ou au guichet du Service Kids' Holidays - 2^{ème} 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
 Pâques 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 ?

Repas

Attention les enfants doivent venir avec leur pique-nique

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 :
 - lequel ?
 - **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			

	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel - comment réagir? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire!
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
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