

**ASBL « LA GALIPETTE »**

**Service accueil extrascolaire et Centre de vacances**

**Rue Arnold Lecrenier 3a - 4470 St-Georges-s/Meuse**

**Tél & fax : 04/275.39.48 – 0470/12.48.80**

Mail secrétariat : [lagalipette@skynet.be](mailto:lagalipette@skynet.be)

Mail responsable de projet : [lagalipette.nancy@hotmail.com](mailto:lagalipette.nancy@hotmail.com)

Mail direction : [sandrine.galipette@gmail.com](mailto:sandrine.galipette@gmail.com)

**Formulaire de renseignements administratifs 2023-2024**Document à compléter une fois par année scolaire

Nom de l’enfant

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Prénom de l’enfant

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Date de naissance :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

N° de registre national de l’enfant (indispensable !!!!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Domicile légal de l’enfant :  
Rue :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numéro : Boîte :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Code postal Localité :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ecole fréquentée par l’enfant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Année scolaire de l’enfant :

* Maternel Classe : ………………………….
* Primaire Classe : ………………………….

**Données concernant la famille**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Parent 1** | **Parent 2** |
| Nom – Prénom : |  |  |
| Adresse : |  |  |
| N° registre national : |  |  |
| Gsm : |  |  |
| Numéro professionnel : |  |  |
| Adresse mail : |  |  |

Attention : le n° national est indispensable si vous désirez recevoir l’attestation fiscale l’année prochaine !

**La facture doit-elle être adressée**: au parent 1 ou au parent 2 ?

Les factures seront dorénavant envoyées par mail.

A quelle adresse mail la facture doit-elle être envoyée ? ………………………………………………….

PS : si vous souhaitez recevoir vos factures par courrier, veuillez en faire la demande écrite.

**Autre(s) personne(s) de contact en cas de problème**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | Nom et prénom : |
| Lien de parenté : | Lien de parenté : |
| Téléphone ou GSM : | Téléphone ou GSM : |

Si l’une de ces données changeait, j’en informerais immédiatement la Galipette.

**Le mercredi après-midi**

L’accueil extrascolaire du mercredi après-midi se déroule au sein des deux établissements scolaires de la Commune de Saint-Georges-sur-Meuse. Si votre enfant est amené à le fréquenter, veuillez demander le formulaire adéquat auprès du secrétariat de la Galipette.

**Règlement général sur la protection des données (RGPD)**

**Dans le cadre de nos activités, des données vous concernant sont reprises dans nos bases de données.**

Notre structure accorde la plus haute importance à la protection de la vie privée et le traitement de vos données à caractère personnel. Celui-ci s’effectue conformément à la législation européenne en la matière. Dans le cadre de cette nouvelle législation, nous tenons à vous informer au mieux sur l’utilisation que nous faisons de vos données.

Cette législation nécessite de vous informer que :

* Vous pouvez à tout moment consulter et adapter vos données ;
* Nous prenons toutes les précautions strictes requises pour assurer la sécurité de vos données ;
* Vos données personnelles ne sont pas communiquées à des tiers à des fins d’usage commercial par ceux-ci.

**Date et signature :**

**\_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**Plan fédéral d’urgence nucléaire**

L’actualisation du plan d’urgence nucléaire prévoit que des comprimés d’iode stable puissent être administrés aux enfants, femmes enceintes et allaitantes sur tout le territoire belge en cas d’accident nucléaire.

Cette mesure vise à prévenir le risque de cancer de la thyroïde afin d’empêcher l’absorption d’iode radioactif dans la glande thyroïde. Le risque de cancer thyroïdien est particulièrement élevé chez les enfants tandis que les contre-indications à la prise d’iode chez les enfants sont exceptionnelles et les effets secondaires rares.

En cas d’urgence nucléaire survenant pendant nos heures d’ouvertures, nous suivrons les recommandations du Ministère de la Santé publique ou du Gouverneur de notre province concernant l’administration des comprimés d’iode.

NOUS VOUS INVITONS A SIGNALER UNE EVENTUELLE CONTRE-INDICATION à la prise d’iode chez votre enfant via le mail de [sandrine.galipette@gmail.com](mailto:sandrine.galipette@gmail.com) ET via ce document.

Les comprimés ne seront jamais administrés de notre propre initiative, mais uniquement si la recommandation est donnée par les autorités.

Etant donné qu’il sera recommandé également à chacun de ne pas sortir, votre enfant restera à l’abri dans nos locaux, avec le personnel et les autres personnes présentes, jusqu’à ce que les autorités lèvent cette recommandation.

**Date et signature :**

**Dossier médical et autres informations concernant l’accueil de l’enfant.**

Parents : à compléter avec précision. Si vous voulez que votre enfant retire le maximum de profit des animations, il est nécessaire de nous donner ces renseignements afin de nous permettre d’organiser nos activités de vie en fonction de ses besoins et de ses possibilités.

**Personne(s) autorisée(s) (+ 16) à venir chercher l’enfant en dehors des parents :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom/Prénom | Téléphone | Lien de parenté |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Données médicales**

Nom et téléphone du médecin traitant : ……………………………………………………………………………………………..

Est-il vacciné contre le tétanos ? OUI -NON En quelle année ? ……… Dernier rappel : …………..

L’enfant doit-il prendre des médicaments ? OUI – NON

Si OUI, lesquels ? ………………………………………………………………………………………………………………………………….

A quelle dose et quelle fréquence ? …………………………………………………………………………………………………….

Attention : aucun médicament ne peut être administré à l’enfant par l’équipe éducative de l’ASBL sauf sur autorisation officielle et écrite du médecin traitant ou du pédiatre et couvert par un certificat médical original (les copies ne sont pas acceptées).

L’enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de (cochez les case) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * diabète | * diarrhée | * constipation |
| * asthme | * maladie contagieuse | * mal du voyage |
| * affection cardiaque | * sinusite | * vomissements |
| * épilepsie | * bronchite | * incontinence |
| * affection cutanée | * saignements de nez | * autre(s) : |
| * maux de ventre | * maux de tête |

Pour les affections retenues, merci d’indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Est-il allergique à certains aliments et/ou médicaments ? OUI - NON

Si OUI, lesquels : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Données concernant les activités**

Votre enfant est-il sujet à des troubles de comportement (colère, fugue, …) ?

|  |  |
| --- | --- |
| Est-il particulièrement sensible au soleil ? | OUI – NON |
| Peut-il participer, sans inconvénients, à des activités sportives (y compris baignades) et jeux adaptés à son âge ? | OUI - NON |
| Porte-t-il des langes ? | OUI - NON  Si OUI, merci de prévoir le nécessaire de change. |

**Autres renseignements à transmettre à l’équipe éducative**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Date et signature :**

**\_\_/\_\_/\_\_\_\_**

* Les informations contenues dans la fiche individuelle de santé sont confidentielles. Les animatrices à qui ces informations sont confiées sont tenues de respecter la loi du 8 décembre 1992 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 (notion de secret professionnel 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.
* Si votre enfant n’a pas reçu un rappel, ou n’a pas été vacciné les 5 dernières années, il est nécessaire que, selon le cas, il soit vacciné, ou reçoive un rappel **avant le début des activités.**

**Autorisation parentale et décharge de responsabilité**

|  |
| --- |
| Je soussigné (e) ………………………………………………….. autorise par la présente mon fils/ma fille  :  Nom : …………………………………… Prénom : ………………………………à participer aux activités extérieures  organisées par l’ASBL « la Galipette ».  Date : ……………………………. Signature : ……………………………….. |

|  |
| --- |
| Nous autorisez-vous à poster des photos de votre enfant sur le site de l’Administration Communale de Saint-Georges-sur-Meuse et/ou sur le groupe Facebook  « Galipette Extrascolaire et Centre de Vacances » ?  OUI - NON    Date : …………………………….. Signature : ……………………………….. |

|  |
| --- |
| J’autorise le responsable du groupe à prendre, sur avis formel d’un médecin, toutes les mesures d’urgences médicales y compris éventuellement l’hospitalisation.  Date : …………………………….. Signature : ……………………………….. |

**ROI et Projet d’accueil**

|  |
| --- |
| Le projet d’accueil est disponible sur le site internet de la commune de Saint-Georges ou sur la page Facebook « galipette accueil extrascolaire centre de vacances ».  J’ai bien pris connaissance du ROI et projet d’accueil de l’extrascolaire et/ou du centre de vacances de la Galipette.  Date : …………………………….. Signature : ……………………………….. |