



Les enfants en vacances au CJLg

Lieu :

Période : du.....au.....

LE VACANCIER

Nom – Prénom :

Sexe : F/M

Date de naissance :

DONNÉES MÉDICALES

Nom et tél. du médecin traitant :

État de santé actuel du participant : TB – B – Moyen

L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de maladie(s) ou de symptôme(s) particulier(s) ? Si oui, le(s)quel(s) ?.....
(ex : maladie cardiaque, épilepsie, asthme, maux de tête ou de ventre, autres)

● L'enfant est-il **allergique** ? Si oui, à quoi ?

● A-t-il / elle été vacciné(e) contre le **tétanos** ? oui – non

En quelle année :

Date du dernier rappel :

● Souffre-t-il / elle d'un **handicap** ? oui – non. Si oui, lequel ?.....

● Porte-t-il / elle des lunettes ? oui – non

● Porte-t-il / elle un appareil auditif ou dentaire ? oui – non

LOISIRS

- Quels sont ses loisirs favoris ?.....
- Y a-t-il des activités / sports qu'il / qu'elle ne peut pratiquer ?.....
- Sait-il / elle nager ? TB – B – Moyen – Difficilement – Pas du tout
- A-t-il / elle déjà participé à un stage de vacances ? oui – non
- Si oui, où, quand et avec quel organisme ?.....

PERSONNE RESPONSABLE

- Nom et qualité : (père, mère, tuteur).....
- Adresse complète :.....
- Tél. / Fax :.....
- Adresse mail :.....

Déclaration de la personne responsable :

- J'ai pris connaissance du **projet pédagogique** et des **conditions générales d'inscription** et je les accepte.
- J'accepte que des **photos** où mon enfant figure soient éventuellement utilisées dans les publications et sur le site internet du CJLg :
Oui – non
- Je m'engage à verser le montant du stage 2 semaines avant le début de celui-ci au compte n° BE80 0001 3497 3577 du CJLg.
- Pour les habitants de Saint-Hubert, j'autorise mon enfant à venir à la plaine et/ou rentrer à la maison à pied : oui – non (si oui, je préviens le coordinateur à l'avance et je décharge le CJLg de toute responsabilité en cas d'accident)

Signature :

Date :

CJLg – Régionale Luxembourg
Avenue Paul Poncelet 8
6870 SAINT-HUBERT

