

Les enfants en vacances au CJLg



Lieu : Période : du au



LE VACANCIER

Nom – prénom :

Sexe : F/M

Date de naissance :

Type d'enseignement suivi : général – spécialisé.

A-t-il des frères et sœurs ? oui – non Si oui, combien ?

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

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

LIEUX DE VIE

Où l'enfant vit-il habituellement (famille, institution, autre...) :

Adresse :

Tél. :

LOISIRS

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

SOMMEIL/REPAS

- A-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher / pendant la nuit ?
- Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ?
- Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui – non. Si oui lesquels ?
- A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ? oui – non. Si oui, lequel ?

DONNÉES MÉDICALES

- Nom et tél. du médecin traitant :
- État de santé actuel du participant : TB – B - Moyen
- Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui – non
- Groupe sanguin :

L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de :

	OUI	NON	Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Épilepsie			
Affection de la peau			

Somnambulisme			
Insomnies			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Autres			

- A-t-il/elle subi une maladie ou **intervention grave** ? oui – non
Si oui, quand et laquelle ?
- L'enfant est-il **allergique** ou particulièrement sensible :
A des médicaments ? oui – non. Si oui, lesquels ?
A certaines matières ou aliments ? 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 ?
- L'enfant devra-t-il prendre des **médicaments** pendant le séjour ? oui – non. Si oui le(s)quel(s), quand et pourquoi ?
- A-t-il été vacciné contre le **tétanos** ? oui – non En quelle année ?
Date du dernier Rappel :
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières ?
- Souffre-t-il d'un **handicap** ? oui – non. Si oui, lequel ?
- Porte-t-il des lunettes ? oui – non
- Porte-t-il un appareil auditif ? oui – non
- Est-elle réglée ? oui – non

Déclaration de la personne responsable :

- ➔ J'ai pris connaissance du **projet pédagogique** et des **conditions générales d'inscription** et je les accepte.
- ➔ 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 suivants et ce à bon escient : du paracétamol, du désinfectant, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

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. J'autorise donc toute **intervention chirurgicale** jugée urgente par le médecin ainsi que les trajets en voiture indispensables.
- ➔ 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 verse ce jour les 150 € d'acompte et je m'engage à verser le **solde** dû au plus tard 2 semaines avant le début du séjour, sur le compte 000-1349735-77 du CJLg.

Signature :

Date :

CJLg (Centre de jeunesse – Liège)
Rue Gilles Magnée, 59 – 4430 Ans
www.cjlg.be | info@cjlg.be
Tél./Fax: 04 247 14 36