



ASBL **DOMAINE MON PLAISIR**
Allée de la Dinzelle 100
7090 Braine - le - Comte.
Tél : 067552591
http://www.domainemonplaisir.org

Année : N° d'inscription :
Milieu : F * D⁽¹⁾ Dans le groupe : PP / J / P / M / G
Enfant de bénévole : Oui / Non

Fiche d'inscription (vacances d'été)

• LE PARTICIPANT :

NOM : PRENOM :
Date et lieu de naissance :
Adresse : * Code postal : * Ville :
* Rue : * N° : * Boîte :

• LIEU DE VIE :

Où l'enfant vit-il habituellement : Famille / Institution / Grands-parents / Autre :⁽¹⁾
Personne responsable et à contacter si besoin :

	Mère	Père	Grands-parents	Autre
Nom				
N° téléphone				
N° GSM				

L'enfant est-il placé en institution d'accueil : Oui / Non ⁽¹⁾

Si oui : * Identification du milieu d'accueil :
* Personne responsable à contacter si besoin :
* Titre / fonction de la personne responsable : Tel :
* Adresse du milieu d'accueil : * Code postal : * Ville :
* Rue : N° :
* Téléphone : * GSM :

• TYPE D'ENSEIGNEMENT : Général / Spécialisé ⁽¹⁾ Année scolaire :

• LES FRAIS DE SEJOUR sont pris en charge par:

Les parents / L'institution d'accueil / Le CPAS de / Autre :⁽¹⁾
Si CPAS : Nom de l'assistante sociale : Tél :

• TYPE DE SEJOUR :

1. **EN LOGEMENT** : pour les jeunes de **+6 ans et -14 ans**, avec un séjour de 7 jours minimum.
Tout compris: 84 € / 7 jours + 12 € par jour supplémentaire. (L)
2. **A LA JOURNEE** : pour les jeunes de **+4 ans et -14 ans**, par semaine complète du lundi au vendredi (5 jours),
sauf la semaine du 21/7 (pas d'activité) (4 jours).
le midi: L'enfant apporte ses tartines (T) : 20 € , la semaine avec le 21/7 : 16 €
L'enfant (-6 ans) prend un repas complet (C) : 30 € , la semaine avec le 21/7 : 24 €
L'enfant (+6 ans) prend un repas complet (C) : 40 € , la semaine avec le 21/7 : 32 €
3. **DATE DU SEJOUR** Du Au , soit jours
Du Au , soit jours
Du Au , soit jours
Du Au , soit jours
4. **PAIEMENT** : Si possible par banque : Oui / Non ⁽¹⁾ **(50 % du séjour sont demandés lors de l'inscription)**
Compte bancaire : A.S.B.L. Domaine Mon Plaisir : BE29 0682 0007 5964
Tout remboursement se fera obligatoirement par banque ± 15 jours après la demande.
Compte bancaire du responsable de l'enfant :
Titulaire :

• TRANSPORT : si votre enfant fréquente la plaine à la journée :

Le déplacement de l'enfant est assuré par ➔

	Le minibus	Les parents	Ses propres moyens
(1) Matin	oui - non	oui - non	oui - non
Soir	oui - non	oui - non	oui - non

Inscription faite par : le :

(1) A compléter et biffer les mentions inutiles

PARENTS, AIDEZ-NOUS A SAUVEGARDER LA SANTE DE VOTRE ENFANT

RENSEIGNEMENTS

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Etat de santé de l'enfant : TB / B / M

Groupe sanguin :

Inscrit à une mutuelle : OUI / NON

Numéro national :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

	OUI	NON	Si OUI quel est le traitement habituel - comment réagir - précaution à prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Mal de route			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			

- Maladies enfantines : toutes / varicelle / rougeole / oreillons
- Handicap : OUI / NON lequel :
- Sensibilité aux refroidissements (rhume/angine) : OUI / NON
- Maladie ou intervention grave : OUI / NON laquelle :
- Allergie aux aliments : OUI / NON lesquels :
- Allergie aux médicaments : OUI / NON lesquels :
- Allergie au soleil : OUI / NON précaution à prendre :
- Allergie à autre chose : OUI / NON quoi :
- Prise de médicaments : OUI / NON remplir le tableau à la dernière page
- Enurésie : OUI / NON
- Votre fille est-elle réglée : OUI / NON remarques :
- Vaccination antitétanique : OUI / NON date :
- (si pas en ordre, voir paragraphe sur les autorisations)
- Porte-t-il/elle des lunettes : OUI / NON
- Porte-t-il/elle un appareil auditif : OUI / NON
- Régime particulier : OUI / NON lequel :
- Concernant les différentes activités :
 - Est-il rapidement fatigué : OUI / NON
 - Peut-il participer à toutes les activités : OUI / NON
 - Si NON, lesquelles :
 - Sait-il nager : TB / B / M / Difficilement / Pas du tout

AUTORISATIONS

J' AUTORISE MON ENFANT :

A recevoir :

1. UN VACCIN ANTITETANIQUE. En cas de non vaccination, si la date est inconnue ou si le dernier rappel à +5 ans.
OUI, (celui-ci sera administré par une personne compétente)
NON, (je dégage l'asbl Domaine Mon Plaisir de toute responsabilité, en cas de complications dues à mon refus) ⁽¹⁾
2. La visite, dans les installations de l'asbl Domaine Mon Plaisir :
 - Du père, de la mère, d'un membre de la famille (à préciser)
 - Du médecin (de garde, de l'entité de Braine-le-Comte) **OUI / NON** ⁽¹⁾

A quitter :

1... Les installations de l'ASBL Domaine Mon Plaisir, en compagnie du père, de la mère, d'un membre de la famille
(A préciser)

2. En cas d'accident ou de problème grave :

L'enfant sera conduit à l'hôpital du CHR de la Haute Senne, site LE TILLERIAU, Chaussée de Braine 47 à 7060 Soignies (067 348 411)

A être photographié : **OUI / NON** ⁽¹⁾ Si OUI, l'ASBL Domaine Mon Plaisir est autorisé à publier ces photos.
(Dans le journal, sur notre site internet)

VOS OBLIGATIONS

Rendre visite : à votre enfant, au moins une fois par semaine, soit :

- ❖ Du lundi au vendredi entre 18h30 et 20h30
- ❖ Le week-end et jours fériés entre 14h00 et 20h00

Renouveler : impérativement et régulièrement le linge sale de votre enfant

Reprendre : votre enfant dans les plus brefs délais, en cas :

- ❖ De maladie (pour son bien-être)
- ❖ D'accident
- ❖ De renvoi (pour violence, dégradation, ...)

ATTENTION

Protocole du médecin: A nous fournir, si votre enfant prend des médicaments ou a des soins durant son séjour.

Frais supplémentaires à votre charge:

- ❖ Visite du médecin et des produits pharmaceutiques (maladie).
- ❖ Téléphone (sauf en cas de maladie ou d'accident).
- ❖ Dégradation occasionnée dans les installations de l'ASBL Domaine Mon Plaisir et extérieures.

Avez-vous une ASSURANCE FAMILIALE ? **OUI / NON** ⁽¹⁾ chez :

Séjour résidentiel: la durée de ce séjour est de 7 journées **MINIMUM**

Séjour à la semaine: débute le lundi et se termine le vendredi, si le 21/7 tombe en semaine pas d'activité ce jour.

Règlement d'ordre intérieur (ROI): Il est mis à votre disposition au bureau, vous devez en prendre connaissance.

Vos données personnelles: Vos données à caractère personnel sont collectées dans le cadre de l'organisation de notre camp de vacances d'été 2019. Ces données seront conservées jusqu'à la fin de l'activité et détruites fin septembre 2019.

Les informations fournies sur les différentes fiches de ce dossier sont réputées exactes et complètes. Le Domaine Mon Plaisir 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 responsable du centre à prendre toutes mesures médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...)

Date et signature⁽²⁾ :

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Faire précéder la signature de la mention " Lu et approuvé "

FICHE DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS**Valable UNIQUEMENT suivant le protocole du médecin (A NOUS FOURNIR)**

Dates	Médicaments	Dosages	Heures de distribution des médicaments																																										
			1 ^{er} jour					2 ^{ème} jour					3 ^{ème} jour					4 ^{ème} jour					5 ^{ème} jour																						

FICHE DE SOINS**Valable UNIQUEMENT suivant le protocole du médecin (A NOUS FOURNIR)**

Dates	Symptômes présentés	Soins donnés	Evolution	Remarques

REMARQUES EVENTUELLES

Des parents :
.....
.....

Du responsable :
.....
.....