



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

N° d'inscription : Groupe : J / P / M / G
 Milieu : F * D⁽¹⁾ Enfant de bénévole : Oui / Non

Suite aux mesures prises dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19 par l'Etat Fédéral, le Communautaire ou le Local, nous vous demandons de LIRE attentivement tous les documents, de les COMPLETER sérieusement, de SUIVRE les instructions, de SIGNER le document fiche3 et de nous les renvoyer avant l'arrivée du jeune, par mail de préférence.

Fiche d'inscription (vacances d'été du 3 juillet au 30 juillet 2021)

• **LE PARTICIPANT :**

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

• **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 une arrivée le samedi entre 15h et 17h et le départ le vendredi entre 16h et 18h.
2. **PRIX DU SEJOUR** 84 €, pour une semaine tout compris.
3. **DATE DU SEJOUR**

Du samedi 3 juillet 2021	Au vendredi 9 juillet 2021,	<input type="checkbox"/>	(2)
Du samedi 10 juillet 2021	Au vendredi 16 juillet 2021,	<input type="checkbox"/>	(2)
Du samedi 24 juillet 2021	Au vendredi 30 juillet 2021,	<input type="checkbox"/>	(2)
4. **PAIEMENT** : Par banque sur notre compte bancaire : A.S.B.L. Domaine Mon Plaisir : BE29 0682 0007 5964
 (100 % du séjour est demandé lors de l'inscription et avant l'arrivée du jeune)
 En cas de maladie, le **remboursement se fera par banque ± 15 jours après la demande.**
 Compte bancaire du responsable de l'enfant :
 Titulaire :

Inscription faite par le

(1) A compléter et biffer les mentions inutiles

(2) Cocher la bonne proposition

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** : UN VACCIN ANTITÉTANIQUE. en cas de non vaccination, si la date est inconnue ou si le dernier rappel à +5 ans. **OUI / NON** ⁽¹⁾
En cas de complications dues à mon refus, je dégage l'asbl Domaine Mon Plaisir de toute responsabilité.
- **A recevoir** : La visite du référent médical choisi par l'asbl Domaine Mon Plaisir **OUI / NON** ⁽¹⁾
- **En cas d'accident ou de problème grave**, que celui-ci soit conduit à l'hôpital du CHR de la Haute Senne, site LE TILLERIAU, Chaussée de Braine 47 à 7060 Soignies (067 348 411). A son retour et suivant l'avis du référent médical, il est possible que l'enfant doive quitter le centre dans les plus brefs délais.
- **A être photographié** : **OUI / NON** ⁽¹⁾
Si OUI, l'ASBL Domaine Mon Plaisir est autorisé à publier ces photos dans le journal et sur notre site internet)

VOS OBLIGATIONS

Arrivée et départ: La personne qui accompagnera le jeune lors de son arrivée et lors de son départ sera la même et devra respecter les **mesures d'hygiène, porter le masque et respecter la distanciation.**

Visite: **AUCUNE VISITE** ne sera autorisée pendant le séjour de votre enfant, néanmoins il vous est possible de leur téléphoner, après 18h au 067552591.

Vêtement: Vous devez prévoir des vêtements en suffisance pour le séjour de votre enfant.

Reprendre: Votre enfant dans les plus brefs délais, en cas de maladie ou de symptômes Covid-19, en cas d'accident, en cas d'avis négatif du référent médical et en cas de renvoi (pour violence, dégradation, ...)

Remettre le document 'Autorisation de participation suite à la crise sanitaire du Covid-19.'

Ce document est à nous remettre lors de l'arrivée de votre enfant dans notre centre.

Si vous n'avez pas ce document, l'enfant ne pourra pas participer au séjour.

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 référent médical et des produits pharmaceutiques (maladie).
- ❖ Dégradation occasionnée dans les installations de l'ASBL Domaine Mon Plaisir et extérieures.

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

Séjour résidentiel: il débute le samedi entre 15h et 17h et se termine le vendredi entre 16 et 18h. (une semaine)

Règlement d'ordre intérieur (ROI): Il sera mis à votre disposition à l'arrivée du jeune, **prenez en connaissance.**

Vos données personnelles: Vos données personnelles sont collectées dans le cadre de l'organisation de notre camp de vacances d'été 2021 et pour le suivi demandé suite aux mesures sur le Covid-19.

Ces données seront conservées jusqu'à la fin de l'activité et détruites fin septembre 2021.

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	Evolutions	Remarques

REMARQUES EVENTUELLES

Des parents :

.....

.....

Du responsable :

.....

.....