

CLASSES VERTES AU PETIT FORIEST, CENTRE D'EDUCATION A L'ENVIRONNEMENT
DE LA COMMUNE DE WOLUWE-SAINT-LAMBERT

FICHE D'INSCRIPTION – FICHE MEDICALE (VERSO)

Séjour 1^{ère} semaine duau.....
Séjour 2^{ème} semaine duau.....

Concerne l'enfant : (à compléter en lettres capitales)

Nom :Prénoms :
Né(e) à : Le :Nationalité :
Adresse :N°Bte.....
Code postal : Commune :
Elève à l'école :Classe :
Nom de l'enseignant(e) :

Je soussigné(e) : (à compléter en lettres capitales).....

Domicilié(e) à : Code postal :

Rue/avenue : N°Bte.....

Téléphone au domicile :Téléphone au bureau :

Agissant en qualité de père, mère, tuteur, tutrice (1) du garçon, de la fille (1) prénommé(e), déclare :

1. autoriser son départ en classes vertes aux conditions fixées par l'administration communale de Woluwe-Saint-Lambert ;
2. autoriser le responsable des classes vertes à prendre, sur avis formel des médecins, en cas de maladie ou d'accident de l'élève, toutes mesures urgentes, tant médicales que chirurgicales.

....., le
Signature

Coller une vignette ici

Nom et adresse de la mutuelle :
N° d'affiliation :

Dans le cadre des classes vertes, des photos de votre enfant pourraient éventuellement servir à illustrer le site Internet du centre d'Education à l'Environnement de la commune de Woluwe-Saint-Lambert : www.petitforiest.be
Marquez-vous votre accord : OUI - NON (1).

J'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées/exploitées/traitées par Le Petit Foriest (Responsable Danielle Marvel), pour lui permettre de me contacter

o durant la présence de mon enfant en classes vertes OUI - NON (1).

o ultérieurement en cas d'oubli d'objet OUI - NON (1).

o pour des portes ouvertes OUI - NON (1). Si oui, je note mon adresse mail :

Les informations recueillies via ce formulaire seront conservées au Petit Foriest. Si vous souhaitez que la fiche contenant ces informations soit détruite, vous pouvez en faire la demande en envoyant un mail à petitforiest@woluwe1200.be

(1) Biffer la mention inutile

TOURNER SVP

Nom et prénom de l'enfant :

CLASSES VERTES

FICHE MEDICALE

Chers Parents,

Votre enfant va séjourner à la ferme et être en contact avec des animaux. Afin de pouvoir prendre rapidement toute mesure en cas de léger problème dû, par exemple, à une égratignure ou à une piqûre d'insecte, nous insistons pour que votre enfant soit en ordre de vaccination **antitétanique**.

A cet effet, veuillez joindre une photocopie de la carte de vaccination du carnet de l'ONE de votre enfant.

Si vous l'avez perdue, vous pouvez facilement vous procurer un double chez votre pédiatre ou à la consultation ONE fréquentée. Autre possibilité : complétez-nous le tableau ci-dessous.

Dates du vaccin	1 ^{ère} dose	2 ^{ème} dose	3 ^{ème} dose	4 ^{ème} dose	Rappel 6 ans
Antitétanique					

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Personnes à contacter en cas d'urgence (adresse et téléphone) :

.....

Votre enfant est-il atteint de :

- ☐ Diabète
- ☐ Asthme
- ☐ Affection cutanée
- ☐ Affection respiratoire
- ☐ Autre
- ☐ Rhumatisme
- ☐ Epilepsie

Détaillez :

Actuellement, a-t-il un traitement médical ? Lequel ?

.....

Maladies antérieures :

.....

A-t-il été hospitalisé : Quand ? Pourquoi ?

Est-il allergique à des médicaments ? Lesquels ?

.....

Existe-t-il une contre-indication à la prise d'iode (administré par nous en cas d'accident nucléaire) ?

O non O oui

A-t-il d'autres allergies ?

.....

Y-a-t-il des aliments qu'il ne peut manger ?

.....

Est-il sujet au mal du voyage ? O non O oui (Si oui, merci de lui donner un petit sac et de le signaler à l'enseignant).

Autres observations :

Nous souhaitons votre accord pour l'administration des médicaments suivants : Paracétamol * (fièvre), pommade Purigel (piqûre), Diasseptyl, Hansamed, Hansaplast (désinfectants).

*En cas de fièvre, vous serez d'office contacté avant administration du paracétamol.

Date : Signature :