



**BULLETIN D'INSCRIPTION  
LA Quère 2023**

CAMP N° ...

	Nom *	Prénom	naissance jour/mois/année	G/F	Taille T- Shirt
	Domicilié à		... /... /.....		
	Domicilié à		... /... /.....		
	Domicilé à		... /... /.....		
	Domicilé à		... /... /.....		

\*Pour un second enfant dans un autre camp, utilisez un autre bulletin avec les indications « **2<sup>e</sup> enfant** »

\* Si des enfants d'une famille recomposée s'inscrivent dans un même camp, utilisez le même bulletin en précisant la situation : fils ou fille de ...

**Coordonnées des parents/du représentant légal :**

**Mme** : .....

Rue : ..... n° .....

CP : ..... Localité : .....

Tél : ..... GSM : .....

**OBLIGATOIRE** : Adresse mail : .....@ .....

**Mr** : .....

Rue : ..... n° .....

CP : ..... Localité : .....

Tél : ..... GSM : .....

**OBLIGATOIRE** : Adresse mail : .....@ .....

**L'inscription n'est prise en compte que si le dossier est complet : le bulletin d'inscription, le document à compléter et à signer et la fiche médicale.**

**Ne pas oublier la légalisation des signatures par la Commune**

Infos éventuelles :

**Signature(s) :**

**Dossier** à envoyer ou à déposer en version papier, dans la boîte aux lettres à l'adresse suivante : Detaille André rue des Chasseurs Ardennais 22 6600 BASTOGNE (GSM : 0496 124 426)

# Document à signer par les parents ou représentant légal de l'enfant

## -1- IMPORTANT : Décisions médicales

Les soussignés, (père) ..... domicilié à : .....  
(mère) ..... domiciliée à : .....  
Ou représentant légal ..... domicilié à : .....  
de l'enfant ou des enfants : nom(s) et prénom(s) .....  
.....  
autorisent le chef du camp n° ....

Mr ou Mme ..... à prendre toute décision médicale en cas d'extrême urgence au cours du séjour dans les camps de vacances de Bastogne-Midi, La Quère St Laurent de Cerdans.

## -2- AUTORISATION DE PRISES DE VUE

Les soussignés autorisent la prise de photos et/ou vidéo du (des) enfant(s) afin de réaliser un reportage souvenir à destination des parents ou représentant légal, ainsi que de diffuser les photos de groupes sur la page Facebook des camps de La Quère. [ OUI – NON ] (biffez la mention inutile)

## -3- ADHESION au RGPD

Les données personnelles seront traitées par l'ASBL Œuvres de Plein Air et de Vacances dans le respect du règlement général sur la protection des données. Ces données seront utilisées exclusivement dans le cadre des camps de vacances à La Quère Saint Laurent de Cerdans.

Les soussignés déclarent avoir pris connaissance de la politique de confidentialité de l'ASBL Œuvres de Plein Air et de Vacances. RGPD : Règlement général sur la Protection des Données (Voir document annexe dans les infos utiles).

## -4- AUTORISATION DE QUITTER LE PAYS pour enfant mineur d'âge

Les soussignés autorisent l'enfant ou les enfants inscrit(s)  
à voyager en France et en Espagne du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....  
en compagnie des chefs du camp Mr ou Mme : .....

**Nous déclarons avoir pris connaissance de ces 4 points essentiels  
pour le bon déroulement des camps de vacances de l'enfant ou des enfants.**

Fait à ....., le .... / .... / 2022 **Signatures obligatoires des deux parents**, précédées de la mention « lu et approuvé ».

.....  
Vu pour légalisation par la Commune de(s) signature(s) apposée(s) ci-dessus par :

# FICHE MEDICALE - Confidentiel

Parents, ce questionnaire doit être complété avec précision. Il est nécessaire de nous donner ces renseignements si vous voulez que votre enfant retire le maximum de profit de son séjour de vacances. Il nous permet d'organiser son régime de vie en fonction de ses besoins et de ses possibilités. Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

**Identité de l'enfant :** Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

**Personne à prévenir en cas de nécessité :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse complète : .....

Téléphone : .....

**Médecin traitant :** Nom : ..... : Tél. : .....

**Poids de l'enfant :** .....

Y a-t-il des remarques concernant sa participation à certaines activités (sport, camp, jeux, y compris baignades...) ? OUI — NON

Lesquels et pourquoi ? .....

.....

.....

**L'enfant sait-il nager ? OUI — NON**

L'enfant a-t-il été vacciné contre le **tétanos** ? OUI — NON En quelle année ? ..... (Pouvez-vous joindre une copie de la carte de vaccination)

**L'enfant est-il atteint de :**

Diabète OUI — NON Mal des transports OUI — NON Handicap mental OUI — NON

Asthme OUI — NON Affection cardiaque OUI — NON Handicap moteur OUI — NON

Epilepsie OUI — NON Affection cutanée OUI — NON Incontinence OUI — NON

Somnambulisme OUI — NON Rhumatisme OUI — NON Autre(s) : .....

**Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opérations subies :** ..... Année : .....

..... Année : .....

..... Année : .....

L'enfant est-il **allergique** ou particulièrement sensible à certains médicaments (y compris l'iode), matières ou aliments ? OUI — NON

Si oui, lesquels et quelles en sont les conséquences ? .....

.....

**Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? OUI — NON** Lesquels ? Quand ? En quelle quantité ? : .....

.....

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI — NON

**Si c'est une fille, est-elle réglée ? OUI — NON** Y a-t-il des observations à ce sujet ? .....

Autres renseignements concernant votre enfant que vous jugez importants à signaler : .....

.....