BULLETIN D'INSCRIPTION

La Quère 2026

CAMP N° ____

	NOM **(en imprimé)**	Prénom **(en imprimé)**	DOMICILE	Naissance Jour/Mois/Année	Sexe	Taille T-Shirt
1						
2						
3						
4						

!!! Pour inscrire un second enfant dans un autre camp, utilisez un second bulletin avec la mention « 2e enfant ».

Coordonnées des parents/du représentant légal :

Mr / Mme : .....

Rue : ..... n° .....

CP : ..... Localité : .....

Tél : ..... GSM : .....

Adresse mail (en imprimé) : .....@ .....

Mr / Mme : .....

Rue : ..... n° .....

CP : ..... Localité : .....

Tél : ..... GSM : .....

Adresse mail (en imprimé) : .....@ .....

L'inscription ne sera prise en compte que si le dossier est COMPLET : bulletin d'inscription, document à compléter et à signer ainsi que la fiche médicale (avec copie carte vaccination) + payement de l'acompte. Pour le formulaire des autorisations (décisions médicales, prise de vue, RGPD, quitter le pays) : 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 boite aux lettres à l'adresse suivante :

DELAISSE - AHN Catherine, rue du 1er d'Artillerie, n° 6 à 6600 BASTOGNE (0497/36.44.80)

FORMULAIRE DES AUTORISATIONS à signer par les parents ou le représentant légal

-1- IMPORTANT : Décisions médicales

Les soussignés, (père/mère) . . . . Domicilié(e) à : . . . . . .

(Père /mère) . . . . Domicilié(e) à : . . . . . .

Ou représentant légal . . . . Domicilié à : . . . . . .

De l'enfant ou des enfants : nom(s) et prénom(s) . . . . . .

autorisent les responsable du camp n° . . .. (Merci d'indiquer noms et prénoms des chefs du Camp) .... 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 de camp suivants : . .. .

.....

Nous déclarons avoir pris connaissance des informations utiles et des conditions générales régissant les camps de La Quère téléchargeables sur le site web ww.laquere.be

Fait à . . . . . , le . . . . / . . . . / 2026

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, 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 ? .....
(**Merci de 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
Épilepsie 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 subie
..... 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 liés à la situation de votre enfant :
.....