



**PARASCOLAIRE SAISON 20.. – 20..  
FICHE D'INSCRIPTION**

**Enfant**

**A COMPLETER EN MAJUSCULE (UNE LETTRE PAR CASE) OU APOSER UNE VIGNETTE DE LA MUTUELLE**

Nom

Prénom

date naissance     N.N.

adresse

code postal  commune

Activité(s) : \_\_\_\_\_

Choix en cas d'annulation \_\_\_\_\_

25 activités de	Payé pendant la période prévue par le règlement		Payé en dehors des périodes prévues par le règlement	
	1 <sup>ère</sup> activité	2 <sup>ème</sup> activité ou 2 <sup>ème</sup> enfant	1 <sup>ère</sup> activité	2 <sup>ème</sup> activité ou 2 <sup>ème</sup> enfant
2h/sem	90 €	70 €	150 €	120 €
1h30/sem	70 €	50 €	115 €	85 €
1h/sem	50 €	30 €	80 €	50€

**Paiement par **bancontact** uniquement**

L'inscription ne sera effective qu'au moment du paiement total de l'activité.  
Aucun paiement échelonné ne sera accepté et il ne sera procédé à aucun remboursement, même en cas d'absence pour maladie.

Je soussigné ..... (NOM, Prénom)  
déclare avoir reçu l'attestation fiscale  
déclare avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur et en respecter les prescrits

Forest, le .....

Signature,

## FICHE DE SANTE

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignement de nez			
Maux de tête			
Diarrhée			
Autres ...			

- A-t-il/elle eu une maladie ou subi une intervention grave ? OUI    NON
- Si oui, laquelle ? .....
- Est-il/elle allergique ?
- A certains médicaments ? OUI    NON si oui, lesquels ?
- A d'autres choses ? OUI    NON si oui, lesquels ?
- Porte-il/elle des lunettes ? OUI    NON
- Porte-il/elle un appareil auditif ? OUI    NON
- Souffre-t-il d'un handicap ? OUI    NON
- Si oui,  
lequel ?.....
- A-t-il été vacciné contre le tétanos (indispensable) ? OUI    NON
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant sa santé ?  
.....

NB : Si un médicament doit être administré durant la journée, joindre une attestation médicale précisant le médicament et les conditions d'administration (dose, heure et durée du médicament).

## PERSONNES DE CONTACT

NOM, Prénom : .....

lien : ..... Téléphone : .....

  

NOM, Prénom : .....

lien : ..... Téléphone : .....

Date et signature