



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 ^{ère} activité	2 ^{ème} activité ou 2 ^{ème} enfant	1 ^{ère} activité	2 ^{ème} activité ou 2 ^{ème} 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