

Document à renvoyer  
mail à [info@dynamautes.be](mailto:info@dynamautes.be)  
ou par courrier postal  
Rue de l'Elan 62,  
1170 Bruxelles

## FICHE D'INSCRIPTION

Photo de l'enfant

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Id. registre national : .....

Lieu de naissance : .....

Sexe :  f  m

Langue maternelle : .....

Adresse complète :

.....

.....

Code postal: ..... Ville : .....

Ecole / structure : .....

Personne de contact de l'établissement : .....

L'enfant possède-t-il un abonnement STIB/TEC/DE LIJN ?

OUI  NON

Si oui, quel(s) abonnement(s) ? .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

Responsable de l'enfant :  père  mère  autre

Si autre, précisez le lien : .....

**Personne 1**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse complète (rue, n°) .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone fixe : ..... Gsm : .....

Adresse e-mail : .....

**Personne 2**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse complète (rue, n°) .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone fixe : ..... Gsm : .....

Adresse e-mail : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**Veillez joindre 3 vignettes de mutuelle de votre enfant à ce document.**

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

Groupe sanguin de l'enfant :

Morphologie :

Taille : ..... M ..... CM      Poids : ..... KG

L'enfant a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?

- Non
- Oui, précisez

.....

3.1. Infections particulières ?

- Non
- Oui, précisez

.....

3.2. Allergie(s) ?

- À certains médicaments ?  Non  
 Oui, précisez

.....

- À certains aliments ?  Non  
 Oui, précisez

.....

- Aux piqûres d'insectes ?  Non  
 Oui, précisez

.....

- À certaines substances ?  Non  
 Oui, précisez

.....

L'enfant est-il en ordre de vaccination ?

- Non  
 Oui, veuillez joindre la copie de la carte de vaccination si vous en possédez une.

L'enfant doit-il prendre des médicaments ?

- Non  
 Oui, précisez

.....

.....

L'enfant peut-il participer à toutes les activités, y compris la natation ?

- 1) Oui  
2) Non, précisez

.....

.....

L'enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?

- Non  
 Oui, précisez le type de régime alimentaire

.....

.....

## SUIVI MÉDICAL DE L'ENFANT

L'enfant montre-t-il des signes ou souffre-t-il de manière régulière ou permanente de :

- |                                                  |                                                                       |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> diabète                 | <input type="checkbox"/> asthme                                       |
| <input type="checkbox"/> épilepsie               | <input type="checkbox"/> rhume                                        |
| <input type="checkbox"/> migraines               | <input type="checkbox"/> hyperventilation                             |
| <input type="checkbox"/> maux de tête            | <input type="checkbox"/> hyperkinésie                                 |
| <input type="checkbox"/> maux digestifs          | <input type="checkbox"/> constipation                                 |
| <input type="checkbox"/> problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> vomissements                                 |
| <input type="checkbox"/> étourdissements         | <input type="checkbox"/> incontinence (jour/nuit/toujours – entourez) |
| <input type="checkbox"/> diarrhée                | <input type="checkbox"/> somnambulisme                                |
| <input type="checkbox"/> affection de la peau    | <input type="checkbox"/> fatigue                                      |
| <input type="checkbox"/> problèmes visuels       | <input type="checkbox"/> problématique au niveau du sommeil           |
| <input type="checkbox"/> problèmes auditifs      |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> maladie cardiaque       |                                                                       |

AUTRES.....

.....

Si "oui" à un ou plusieurs choix, veuillez préciser ci-dessous :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Médicaments éventuels à prendre ?

.....  
.....  
.....  
.....

Attention !! Toute prise de médicament doit être justifiée par l'annexe 6 remplie par le médecin traitant.

Dans ce cas précis, le médecin se doit également déclarer l'enfant apte à participer aux séjours et aux différentes activités proposées.

I. Remarques éventuelles concernant la participation de votre enfant aux activités de  
Dynam'Autes

.....  
.....  
.....  
.....

En cas de séparation ou de divorce : veuillez indiquer le nom et prénom de la personne exerçant le droit de garde au moment de l'activité (attestation à joindre dans le cas où un parent serait déchu de son droit de garde temporairement et/ou à long terme) :

.....  
.....

**AUTORISATION : ADMINISTRATION D'UN OU DE PLUSIEURS MÉDICAMENTS**

Par le présent document, j'autorise le responsable du séjour/ du stage de l'enfant à donner les médicaments suivants, si nécessaire : (cocher ou barrer en fonction de votre choix)

Perdolan (500 mg)

Dafalgan (500 mg)

Signature

Complétez les accords médicaux :

L'ASBL Dynam'Autes ne saurait être tenue responsable d'un accident qui serait dû à un manque d'informations ou à des informations erronées concernant l'état de santé du participant.

Je soussigné (nom du parent, tuteur) donne mon accord pour toute intervention chirurgicale jugée utile par le médecin et déclare que les renseignements fournis au moyen de la présente fiche médicale sont exacts, complets et sincères et que le participant est totalement apte à participer aux activités tel qu'il est prévu au programme dont j'ai pris connaissance.

J'autorise l'équipe de l'ASBL Dynam'Autes à prendre toute initiative indispensable à la préservation de la santé du participant.

Fait à ..... Le .....

Signature (précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé") :

**Avertissement**

Les données à caractère personnel et médical qui vous sont demandées permettront à l'équipe de l'ASBL Dynam'Autes, qui agira avec diligence et discrétion, de prendre toutes les mesures adéquates pour préserver la santé du participant.

La loi sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992 accorde aux personnes que ces informations concernent, un droit d'accès et de rectification.

Tout renseignement complémentaire concernant le règlement général de protection des données se retrouve en annexe 12.2 consultable sur notre site internet : [www.dynamautes.be](http://www.dynamautes.be)