

Fiche individuelle de santé

D'un Rôle À L'autre A.S.B.L.

*Merci de compléter ce questionnaire avec précision
(Vous-même ou votre médecin)*

Identité de l'enfant

- Nom : Prénom :
- Date de naissance :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

- Nom :
- Tél :

Données médicales

- Nom et téléphone du médecin traitant :
- Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies :
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui - Non (*entourer*)
 - En quelle année ?
- L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :
 - À des médicaments ? Oui - Non (*entourer*).

Si oui, lesquels ?

- À certaines matières ou aliments ? Oui - Non (*entourer*).

Si oui lesquels ?

- L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de stage ou de WE ?
 - Oui - Non (*entourer*)

Si oui, lesquels, à quelle dose et à quelle fréquence :

- Est-il autonome pour prendre ses médicaments ?

Oui - Non (*entourer*)

Autres renseignements utiles :

Signature :



Droit à l'image - Autorisation de filmer et de photographier
D'un Rôle À L'autre A.S.B.L.*

Par la présente, je soussigné(e)

(NOM + PRENOM) ,

Parent responsable ou tuteur légal de l'enfant inscrit

- NOM :
- PRENOM :
- DATE DE NAISSANCE :
- ADRESSE :

- Donne l'autorisation aux membres de l'organisation de l'A.S.B.L. de photographier et/ou filmer mon enfant lors des activités organisées.*
- Ne donne pas l'autorisation aux membres de l'organisation de l'A.S.B.L. de photographier et/ou filmer mon enfant lors des activités organisées.*

Pour accord, le (date)

Signature :

* Extrait du R.O.I. de notre A.S.B.L.

Les données que nous possédons vous concernant ne seront pas publiées sur des réseaux sociaux à l'exception de photos prises durant le jeu et pour lesquelles vous aurez donné votre accord préalable. À tout moment vous gardez le droit de faire retirer ces photos sur demande. Les images prises et filmées lors de nos activités peuvent être utilisées à des fins de promotion de notre a.s.b.l., par exemple sur notre site internet (www.dral.be)

