

95^{ème} Unité Saint Henri

www.sainthenri.be

Fiche d'inscription - demande

Cette demande à renvoyer à Madame Sophie Batardy (rue François Gay 182, 1150 Woluwé-Saint-Pierre).

En fonction des disponibilités des sections, nous serons en mesure de vous confirmer votre inscription fin du mois de juin.

Identité de l'enfant

Nom :

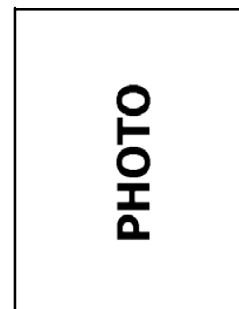
Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole :

Année scolaire :



Coordonnées

Adresse postale :

Adresse e-mail :

Utilisée régulièrement, envoyez-moi le courrier uniquement par e-mail

Utilisée rarement, je préfère avoir le courrier par voie postale.

Numéros de téléphone :

Fixe : (père).....(mère)

Mobile : (père).....(mère)

Bureau : (père).....(mère)

Situation familiale

Profession du père :

Profession de la mère :

Situation des parents : mariés – divorcés – séparés – autre :

Autres enfants à la 95^e ou à la 14^e Saint Henri (et la section dont ils font partie) :

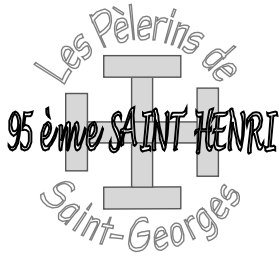
.....
.....

Inscription à la 95^{ème} - Motivation et informations complémentaires concernant votre demande :

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

Jesoussigné(e)..... (père – mère) m'engage, en inscrivant mon enfant à la 95^{ème} Saint Henri, à ce qu'il participe à toutes les activités prévues par sa section. En cas d'absence, je préviendrai le plus rapidement un membre du staff.

Fait à le Signature :



95ème Unité Saint Henri

www.sainthenri.be

Fiche médicale

(à renvoyer à Madame Sophie Batardy, rue François Gay 182, 1150 Woluwé-Saint-Pierre)

Identité de l'enfant

Nom et prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Personnes à contacter en cas d'urgence

▪ Nom et prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

▪ Nom et prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Médecin traitant

Nom :

Téléphone :

Etat de santé

Groupe sanguin :

Poids : Taille :

Date du dernier examen médical :

Remarques éventuelles suite à cet examen :

.....
.....

Maladies antérieures de l'enfant et/ou opérations subies (et date) :

.....
.....

Votre enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Affection cutanée | <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Affection cardiaque | <input type="checkbox"/> Maux de ventre |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Handicap moteur | <input type="checkbox"/> Mal du voyage |
| <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Handicap mental | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Rhume des foies | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Saignements de nez | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Questionnaire médical concernant votre enfant

- Est-il sensible aux refroidissements ? Q Oui Q Non
- Est-il vite fatigué ? Q Oui Q Non
- Peut-il participer aux activités sportives ? Q Oui Q Non
- Peut-il participer aux baignades ? Q Oui Q Non
- Sait-il nager ? Q Oui Q Non
- Suit-il un régime alimentaire particulier ? Q Oui Q Non
 - Lequel ?
- Est-il allergique à des médicaments ? Q Oui Q Non
 - Lesquels ?
- Est-il allergique à certaines matières ou aliments ? Q Oui Q Non
 - Lesquels ?
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Q Oui Q Non
 - En quelle année ?
- A-t-il reçu du sérum antitétanique ? Q Oui Q Non
 - En quelle année ?
- Date du dernier test à la tuberculine et résultat :

Autres observations utiles

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

Je soussigné(e)..... (père – mère) laisse toute responsabilité et initiative au médecin ou chirurgien dans le cas où l'état de santé de mon enfant le nécessite et que je suis indisponible.

Fait à le

Signature :