



## Graines de Héros Fiche d'inscription

### A renvoyer

- de préférence par mail à [camps@ecoleaurore.org](mailto:camps@ecoleaurore.org)
- sinon par poste adressé à Ecole Aurore, La Pilerie 14 6590 Momignies

Nom du parent :

Prénom du parent :

Téléphone :

Email :

Adresse :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Age :

Informations importantes à nous communiquer ?

- J'inscris mon enfant au stage « Graines de Héros », qui se déroulera du 30/07 au 1/08 2021
- Je verse un acompte de 50€\* et m'engage à verser le solde, soit 80€, au plus tard un mois avant le début du camp, sur le compte de l'Asbl Ecole Initiatique Aurore, en mentionnant « **NOM+ Graines de Héros 2021** ».
- J'ajoute une contribution libre et consciente de .....€ pour le fond de solidarité (facultatif)  
**IBAN : BE25 0689 0470 5182**  
**BIC : GKCC BE BB**
- Je joins à ce document, la fiche médicale et l'autorisation parentale dûment complétées.

**Il est nécessaire que votre enfant soit sous la couverture d'une assurance RC (Responsabilité Civile).**

Date, nom et signature

\*L'acompte n'est en aucun cas remboursable sauf annulation de l'activité de part de l'École Aurore.

L'inscription est confirmée dès réception de l'acompte ET du dossier d'inscription.

Le prix du camp comprend 10€ d'adhésion à l'Asbl.



## Graines de Héros

### Fiche médicale

Ce questionnaire confidentiel a pour objectif d'être au plus près de votre enfant en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.

N'hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateurs si cela vous semble utile.

emplacement pour vignette de  
mutuelle

#### Identité du participant

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le .....

Adresse : Rue ..... n° ..... bte .....

Localité : ..... CP : .....

Tél. / GSM : .....

E-mail : .....

#### Personnes à contacter en cas d'urgence

1) Nom – Adresse :

.....  
.....

Lien de parenté : .....

Tél. / GSM : ..... E-mail : .....



2) Nom – Adresse :

.....  
.....

Lien de parenté : .....

Tél. / GSM : ..... E-mail : .....

**Médecin traitant**

Nom – Adresse :

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

Tél. / GSM : .....

**Informations confidentielles concernant la santé du participant**

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation, ...)

OUI  NON\*

Raisons d'une éventuelle non-participation :

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

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du camp ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en oeuvre pour les éviter et/ou y réagir.

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

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu'a dû subir le participant ?  
(+ années respectives) ? (rougeole, appendicite,...)

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

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos ?

OUI     NON\*

Date du dernier rappel : .... / .... / .....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

OUI     NON\*

Si oui, lesquels ?

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

Quelles en sont les conséquences ?

.....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

.....  
.....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif, ...)

.....  
.....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui, lesquels ?

.....

En quelle quantité ?

.....

Quand ?

.....  
Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants.)  
.....  
.....

### **Remarques**

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments qu'ils jugent nécessaires.

*« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par les animateurs du camp durant le séjour de mon enfant. A défaut de pouvoir être contacté personnellement, j'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de mon enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »*

Lu et approuvé par le parent/tuteur légal du participant,

Date, nom et signature

## **Graines de Héros**

### **Autorisation parentale**

**A compléter par le parent/tuteur légal du participant :**

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

.....

père  mère  tuteur légal  répondant\*

autorise (prénom, nom) :

.....

à participer au camp d'été « Partir en Quête », organisé par l'Asbl Ecole Initiatique Aurore qui se déroulera du 30 juillet au 1<sup>er</sup> août 2021.

Durant ces périodes :

- Je le/la place sous l'autorité et la responsabilité de ses animateurs.
- Les animateurs m'ont informé du programme d'animation, constitué essentiellement d'activités au sein du lieu de résidence et une nuit en forêt par groupe avec un accompagnateur. J'accepte les risques inhérents à ce type d'activités.
- J'atteste sur l'honneur que mon enfant est sous la couverture d'une assurance RC familiale.
  
- **J'accepte que mon enfant soit pris en photo et que ces images soient éventuellement rendues publiques par l'Académie Aurore ou l'École Initiatique Aurore dans le cadre de la promotion de leurs activités.**

OUI     NON\*

Fait à ....., le .....

Nom et Signature