



Partir en Quête !

L'appel du vent...

Fiche d'inscription

A renvoyer

- de préférence par mail à camps@ecoleaurore.org

- sinon par poste adressé à Mano HALIN, Vévy Weron 15, 5100 Wépion

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 « Partir en Quête », qui se déroulera du 4 au 9 juillet 2021
- Je verse un acompte de 70€* et m'engage à verser le solde, soit 140€, au plus tard un mois avant le début du camp, sur le compte de l'Asbl Ecole Initiatique Aurore, en mentionnant « NOM+ Partir en quête 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.



Partons en Quête !

L'appel du vent...

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 :

* biffer la mention inutile

Ecole Aurore asbl
Rue de Renivaux 29/4
1340 Ottignies
Belgique

Tél. : +32 71 80 03 23
Tél. : +32 60 45 54 20
Email : info@ecoleaurore.org
Web : www.ecoleaurore.org

N° d'entreprise : 065 672 5236
IBAN : BE25 0689 0470 5182



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.

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

* biffer la mention inutile

Ecole Aurore asbl
Rue de Renivaux 29/4
1340 Ottignies
Belgique

Tél. : +32 71 80 03 23
Tél. : +32 60 45 54 20
Email : info@ecoleaurore.org
Web : www.ecoleaurore.org

N° d'entreprise : 065 672 5236
IBAN : BE25 0689 0470 5182

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 ?

.....

* biffer la mention inutile



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

* biffer la mention inutile

Ecole Aurore asbl
Rue de Renivaux 29/4
1340 Ottignies
Belgique

Tél. : +32 71 80 03 23
Tél. : +32 60 45 54 20
Email : info@ecoleaurore.org
Web : www.ecoleaurore.org

N° d'entreprise : 065 672 5236
IBAN : BE25 0689 0470 5182



Partons en Quête !

L'appel du vent...

Autorisation parentale

A compléter par le parent/tuteur légal du participant :

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

.....

o père o mère o tuteur légal o répondant*

autorise (prénom, nom) :

.....

à participer au camp d'été « Partir en Quête », organisé par l'Asbl Ecole Initiatique Aurore qui se déroulera du 4 au 9 juillet 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

* biffer la mention inutile

Ecole Aurore asbl
Rue de Renivaux 29/4
1340 Ottignies
Belgique

Tél. : +32 71 80 03 23
Tél. : +32 60 45 54 20
Email : info@ecoleaurore.org
Web : www.ecoleaurore.org

N° d'entreprise : 065 672 5236
IBAN : BE25 0689 0470 5182