

Identité du promoteur :

**Asbl Solea**

36, Av. des Nouvelles Technologies  
7080 Frameries

--- **Formulaire obligatoire de renseignements pour l'accueil d'enfants. Année 2025** ---



**Sexe** : masculin  féminin

**Nom & Prénom de l'enfant** : \_\_\_\_\_

**Né(e) le** : \_\_\_\_\_ **Age** : \_\_\_\_\_

**Registre national de l'enfant** : \_\_\_\_\_

**Adresse** : \_\_\_\_\_

**Code postal** : \_\_\_\_\_ **Commune** : \_\_\_\_\_

**Adresse email** : \_\_\_\_\_

**Téléphone** : \_\_\_\_\_

Personne(s) autorisée(s) à reprendre l'enfant pendant l'accueil extrascolaire ou pendant les ateliers créatifs :

➤ **Responsables légaux**

|   | PARENT 1                | PARENT 2                |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Nom & Prénom :  | _____                   | _____                   |
| Registre national :   | _____                   | _____                   |
| Adresse complète :<br>Code postal - Commune :   | _____<br>_____          | _____<br>_____          |
| Profession :<br>Employeur :<br>Téléphone travail :  | _____<br>_____<br>_____ | _____<br>_____<br>_____ |
| <b>Responsable de l'enfant (si autre qu'un des parents) :</b><br>Nom, adresse, profession, employeur, téléphone |                         |                         |
| _____   |                         |                         |
| _____   |                         |                         |

Bénéficiez-vous du statut OMNIO/BIM ou d'allocations du CPAS ?  Oui  Non

**Si oui, veuillez nous en fournir une attestation.**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable de l'enfant, déclare sur l'honneur que toutes les informations ci-dessus sont correctes et qu'elles seront confirmées par les attestations réclamées par le promoteur (allocations familiales, charges familiales, statut OMNIO, BIM, CPAS...). A défaut, j'autorise le promoteur à demander lui-même aux autorités compétentes les documents manquants. **Je m'engage à communiquer tout changement de situation le plus rapidement possible.**

➤ **Remarques particulières**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATE :

SIGNATURE :

## Autorisation parentale pour la prise et/ou la diffusion d'images (photographies ou vidéos)



Dans le cadre des activités organisées au sein du milieu d'accueil, je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable de \_\_\_\_\_ (Nom et prénom de l'enfant) marque mon accord :

- pour la prise de photographies et la réalisation de vidéos dans le milieu d'accueil (à des fins pédagogiques,...)
- pour l'affichage de photographies et de présentation de vidéos dans le milieu d'accueil
- pour la diffusion de photographies et/ou de vidéos.
  - sur le site internet du milieu d'accueil
  - sur internet
  - sur les réseaux sociaux
  - pour des publications (folder du milieu d'accueil, brochure de l'ONE,...)
  - dans les médias (télévision, etc)



**Par le milieu d'accueil :** Asbl Solea

**Nom du responsable :** IAFOLLA Anna

**Adresse :** 36, Av. des Nouvelles Technologies  
7080 Frameries

Le milieu d'accueil garantit que l'ensemble des règles existantes visant à assurer la protection de la vie privée de chacun, telles qu'énoncées à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, seront respectées.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du (des) parents :

Signature du responsable du milieu d'accueil :

## ASBL Solea – Fiche Santé

Aucun médicament ne peut être administré par l'équipe éducative de l'ASBL à l'enfant sauf sur autorisation officielle écrite du médecin traitant ou pédiatre.

Coller ici une photo d'identité récente

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Type d'enseignement suivi : \_\_\_\_\_  
Année scolaire : \_\_\_\_\_  
Enfant affilié à la mutualité Solidaris Mons Wallonie Picarde :  Oui  Non

Coller ici une vignette de la mutualité de l'enfant

### ➤ Personne à contacter en cas d'urgence



Nom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
3<sup>e</sup> personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables :  
Nom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Nom et n° de téléphone de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_

### ➤ Activités

Quels sont ses loisirs favoris ? \_\_\_\_\_

L'enfant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation)  Oui  Non

Raisons d'une éventuelle non-participation : \_\_\_\_\_

Sait-il/elle nager ?  Très Bien  Moyen  Difficilement  Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau ?  Oui  Non

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité? (ex : problème cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...)

### ➤ Données médicales

Quel est son poids ? \_\_\_\_\_ Sa taille ? \_\_\_\_\_ Sa pointure ? \_\_\_\_\_

Souffre-t-il d'un handicap ?  Oui  Non Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Quels sont les maladies ou les interventions médicales subies par l'enfant ? (+ années ?) (rougeole, appendicite...) \_\_\_\_\_

L'enfant est-il vacciné contre le tétanos ?  Oui  Non Date de la 1<sup>ère</sup> injection : \_\_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquels \_\_\_\_\_

Quelles en sont les conséquences ? \_\_\_\_\_



L'enfant doit-il suivre un régime alimentaire ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? Spécifiez \_\_\_\_\_

L'enfant souffre-t-il (régulièrement ou de manière permanente) de :

|                       | OUI | NON |                    | OUI | NON |
|-----------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|
| Diabète               |     |     | Saignements de nez |     |     |
| Maladie cardiaque     |     |     | Maux de tête       |     |     |
| Epilepsie             |     |     | Maux de ventre     |     |     |
| Affection de la peau  |     |     | Constipation       |     |     |
| Incontinence/énurésie |     |     | Diarrhée           |     |     |
| Maladie contagieuse   |     |     | Vomissements       |     |     |
| Asthme                |     |     | Mal de la route    |     |     |
| Sinusite              |     |     | Allergie à l'iode  |     |     |
| Bronchite             |     |     | Autres :           |     |     |

Si oui, quel est son traitement habituel/comment réagir ? \_\_\_\_\_

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

Si votre enfant prend des médicaments est-il autonome dans la prise de ces médicaments ?

Oui  Non



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 cités ci-dessous et ce à bon escient. Paracétamol, désinfectant, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûres d'insectes.

### ➤ Autorisation parentale

Coordonnées de l'animateur ou du coordinateur responsable du groupe :

**ASBL Solea** – Avenue des nouvelles technologies 36, 7080 Frameries

068 84 84 92

Je soussigné(e) (prénom & nom) : \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur  Répondant

autorise (prénom & nom) \_\_\_\_\_ à participer aux activités proposées par l'ASBL Solea.

Durant cette période :

- ➔ Je le/la place sous la garde de ses encadrants.
- ➔ Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- ➔ Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.

Date et signature :