

Identité du promoteur :

Asbl Solea

36, Av. des Nouvelles Technologies
7080 Frameries

ASBL Solea – Fiche Santé – Année 2026

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 : _____
Sexe : masculin ☐ féminin ☐
Date de naissance : _____
Registre national de l'enfant : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : _____
Adresse email : _____
Type d'enseignement suivi : _____
Année scolaire : _____

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

Enfant affilié à la mutualité Solidararis Wallonie : ☐ Oui ☐ Non

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

➤ Personne à contacter en cas d'urgence



Nom _____ Lien de parenté _____ Téléphone _____
Nom _____ Lien de parenté _____ Téléphone _____
3^e 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^{ère} 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 :

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

Responsable de projets de l'accueil extrascolaire: LAMPONI Séverine

**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 responsable de projets de l'accueil extrascolaire