



Données concernant les activités

Votre enfant est-il sujet a des troubles de comportement (colère, fugue,...)? _____

Y a-t-il des aliments qui sont contre indiqués	OUI – NON Précisez:
Est-il particulièrement sensible au soleil?	OUI – NON
Est-il vite fatigué?	OUI – NON
Est-il sensible aux refroidissements?	OUI – NON
Peut-il participer, sans inconvénients, à des activités sportives (y compris baignades) et jeux adaptés a son âge?	OUI – NON

Autres renseignements à transmettre à l'équipe éducative

Coller ici la vignette mutuelle de votre enfant

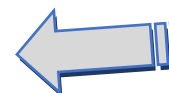
Date et signature:



COVID-19 – Attestation sur l'honneur

Je soussigné _____ déclare par le présente que mon enfant/ma pupille ne participera pas aux activités de Génération Future s'il est porteur d'un des symptômes suivants: Fièvre, toux, difficultés respiratoires, douleurs thoraciques, perte goût et d'odorat, fatigue (altération de l'état général, irritabilité, pleurs...), rhinite (écoulement ou encombrement nasal), maux de gorge (pharyngite), anorexie, diarrhée aqueuse, myalgies, céphalées où une aggravation de symptômes respiratoires chroniques (asthme, toux chronique...). **En outre, je m'engage à être joignable par téléphone et à venir chercher mon enfant immédiatement s'il devait déclarer l'un des symptômes repris ci-dessus pendant l'animation.**

Date: ____ **Signature:** _____



➤ Les informations contenues dans la fiche individuelle de santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée ainsi qu'à la loi du 19 juillet 2006 modifiant celle du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (notion de secret professionnel stipulée dans l'article 458 du Code pénal). Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté.

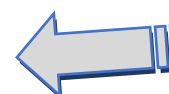
➤ Si votre enfant n'a pas reçu un rappel, ou n'a pas été vacciné les 5 dernières années, il est nécessaire que, selon le cas, il soit vacciné, ou reçoive un rappel **avant le début des activités**

Autorisation parentale et décharge de responsabilité

Je soussigné _____ autorise par le présente mon fils/ma fille/ ma(on) pupille:

Nom: _____ Prénom: _____ à participer aux activités extérieures organisées par l'asbl Château d'Oupeye – Génération Future.

Date: ____ **Signature:** _____



J'autorise le responsable du groupe à prendre, sur avis formel d'un médecin, toutes les mesures d'urgence médicales y compris éventuellement l'hospitalisation.

Date: ____ **Signature:** _____

