

Fiche individuelle et autorisation parentale

1 par enfant ; à compléter, signer et renvoyer aux JSB au plus tard 2 semaines avant le début de l'activité
Jeunesses Scientifiques, av. Latérale 17 - 1180 Bruxelles | e-mail : inscription@jsb.be | Tel : 02 537 03 25 | Fax (VOIP) : 02 537 08 02

Nom et dates de l'activité :

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Prénom : Nom : Sexe : M / F

Date de naissance : GSM de l'enfant (facultatif) :

Adresse : N° /boîte :

CP : Localité :

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Type d'enseignement suivi : Année :

Langue usuelle : Activités favorites :

PERSONNE(S) DE CONTACT :

1^{re} personne | Lien avec l'enfant (parent, oncle, etc.) :

Prénom : Nom :

Adresse :

Tel (GSM de préférence) : Adresse e-mail :

2^e personne | Lien avec l'enfant (parent, oncle, etc.) :

Prénom : Nom :

Tel (GSM de préférence) :

3^e personne | Lien avec l'enfant (parent, oncle, etc.) :

Prénom : Nom :

Tel (GSM de préférence) :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), père, mère, tuteur (biffer les mentions inutiles) à qui est confiée la garde du mineur d'âge ci-dessus, déclare :

- décharger les animateurs de toute responsabilité au cas où le mineur d'âge se soustrairait à leur autorité;
- accepter que le mineur d'âge puisse sortir du lieu habituel du stage dans le cadre d'une activité organisée par l'équipe d'encadrement;
- de bonne foi, que mon enfant est dans un état de santé tel qu'il ne peut compromettre sa propre sécurité ni celle des autres participants;
- avoir pris connaissance des conditions d'annulation sur le site internet www.jsb.be;
- être informé que les coordonnées du mineur d'âge et de sa famille peuvent être utilisées à des fins de promotion des activités de l'asbl. Conformément à la loi sur le respect de la vie privée, ceux-ci peuvent à tout moment s'y opposer, gratuitement, sur simple demande écrite. En aucun cas, ces coordonnées ne seront cédées à des tiers.
- être informé que, comme le prévoit la Commission de protection de la vie privée, des images non ciblées (photos, vidéos) pourront être enregistrées pendant les activités et utilisées dans le cadre de la promotion des activités des Jeunesses scientifiques (flyers, affiches, sites internet). Ces images ne seront en aucun cas transmises à des tiers ni publiées sur les réseaux sociaux.
- Par la présente, j'autorise le mineur d'âge ci-dessus à participer à l'activité susmentionnée.
- Nous enregistrons vos données personnelles afin de pouvoir assurer le suivi administratif, financier et opérationnel de l'inscription de votre (vos) enfant(s) à nos activités. En inscrivant votre enfant, vous donnez votre consentement pour l'utilisation de vos données personnelles dans ce cadre. Vous pouvez prendre connaissance de notre politique d'utilisation des données personnelles sur https://www.jsb.be/wp-content/uploads/SITEWEB_politique-utilisation-donnees-perso_20180613.pdf

Écrire à la main : « Lu et approuvé

Signature, date et nom du signataire :

Je souhaite recevoir la newsletter (max 10x/an)

Je souhaite recevoir le bimestriel d'information sur les activités des JSB

Fiche médicale

1 par enfant ; à compléter, signer et renvoyer aux JSB au plus tard 2 semaines avant le début de l'activité
Jeunesses Scientifiques, av. Latérale 17 - 1180 Bruxelles | e-mail : inscription@jsb.be | Tel : 02 537 03 25 | Fax (VOIP) : 02 537 08 02

NOM ET PRÉNOM DU PARTICIPANT :

Médecin traitant : Téléphone :

Le participant est-il soigné par homéopathie / allopathie ?

Le participant peut-il pleinement prendre part à tout type d'activités proposées ? (sport, marche, jeux, natation, ...) Oui / Non

Raisons qui pourraient faire obstacle à cette participation :

.....

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

.....

.....

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ? (+ année ?) (rougeole, appendicite, ...)

.....

.....

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui / Non (Si oui, en quelle année ?

Quel est son groupe sanguin ?

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

Si oui, lesquels ?

.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui lesquels, en quelle quantité et quand ?

.....

.....

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

.....

Le participant suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui / Non

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...).

.....

.....

.....

NOM ET PRÉNOM DU PARTICIPANT :

Remarque importante concernant l'usage de médicaments :

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.

Du désinfectant; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur consentement.

Le cadre d'utilisation de ces informations :

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et, le cas échéant, par les prestataires de santé consultés. Vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

Autorisation parentale :

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable du centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

La date et la signature du parent/tuteur :