

Fiche de renseignements

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse :

E-mail :

Nom et prénom des parents : Père : Mère :

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant est-il en bonne condition physique pour suivre une activité proposée (sport, jeux, cuisine,...)?

oui non

Quelles informations médicales utiles souhaitez-vous communiquer à l'encadrement ?

.....

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

Si oui, lesquels ?

.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....

AUTORISATION DE SORTIE (uniquement à partir de 10 ans)

Je souhaite que mon enfant retourne seul à la maison oui non

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'ASBL DYNARYTHMIQUE à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre des stages.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la valorisation des stages, entre autre sur notre site internet ainsi que les réseaux sociaux pour une durée limitée à la vie des supports réalisés.

En conséquence de quoi je renonce à revendiquer une quelconque rétribution au titre du droit à l'image. Je renonce également à toutes poursuites à l'encontre de l'ASBL DYNARYTHMIQUE

REMARQUES IMPORTANTES :

« Je marque mon accord pour la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant la période de cours par le responsable du centre. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes pour assurer l'état de santé de mon enfant.»

Date et signature du parent/tuteur