



## 1. Enfant participant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe: F / M Num national : \_\_\_\_\_

## 2. Coordonnées

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_

Code postal et localité \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas d'urgence :

❶ Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

❷ Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Infos supp. pour recevoir la déduction fiscale :

Parent ayant l'enfant à charge : \_\_\_\_\_ Num.national \_\_\_\_\_

## 3. Renseignements divers

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin ? A AB B O Date dernier rappel du Tétanos : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Est-il / elle allergique à certains aliments ? Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

A-t-il / elle un régime alimentaire spécifique ? Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Est-il / elle allergique à d'autres choses? Si oui, à quoi ? \_\_\_\_\_

Souffre-t-il / elle s'un handicap ? Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_



Autres renseignements que vous jugez importants concernant votre enfant ::

---

---

## 4. Autorisation de droit à l'image

Dans le cadre de nos ateliers, des photographies de votre enfant sont susceptibles d'être prises.

Merci de bien vouloir compléter ce formulaire d'autorisation d'utilisation des images prises **UNIQUEMENT** dans le cadre de nos activités.

Je soussigné(e) Mr / Mme / Melle \_\_\_\_\_

parent / responsable légal de NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

*l'ASBL RoZ & ChoColat* à diffuser les photographies prises lors des stages/ateliers sur lesquelles figure mon enfant. Ces photos sont exclusivement publiées sur le site internet [www.rozetchocolat.com](http://www.rozetchocolat.com) et sur la page Facebook. Cette autorisation est valable pour toute la durée des ateliers et pourra être révoquée à tout moment par courrier ou mail.

## 5. DISPOSITIONS LEGALES

*« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'atelier de mon enfant par les responsables de l'accueil 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, à défaut de pouvoir être contacté personnellement. »*

**Nom, prénom, signature et mention « Lu et approuvé »**

Les informations contenues dans ces fiches sont, conformément à la loi (article 458 du code pénal), confidentielles.

**DATE :**



**SIGNATURE pour accord :**