



FICHE SANTÉ

NOM ET PRENOM DU PARTICIPANT :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

NOM ET PRENOM D'UN PARENT RESPONSABLE/TUTEUR :

Téléphone :

E-mail :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

1. Nom :Lien de parenté :Téléphone.....

2. Nom :Lien de parenté :Téléphone :

3. Nom :Lien de parenté :Téléphone :

Personnes habilitées à venir rechercher le participant à la fin de l'atelier et en cas d'urgence:

Nom et lien de parenté :

Nom et lien de parenté :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Informations importantes relatives au participant (allergie, intolérance, asthme, trouble du comportement, dysphasie, épilepsie, problème cardiaque, trouble de l'ouïe/vue/attention, besoins spécifiques, ...) :

J'accepte que mon enfant soit photographié/filmé et que les photos/vidéos soient utilisées sur les supports publicitaires, le site internet et la page Facebook de l'ASBL : Oui / Non

J'accepte que mes données soient traitées pour les besoins de l'organisation de l'ASBL O.A.L conformément aux règles du RGPD : Oui / Non

Je prends connaissance et accepte le règlement relatif à l'organisation des ateliers de l'OAL, joint à la fiche santé : Oui / Non

Date :

Signature du parent/tuteur,

