Bienvenue à l'accueil extra-scolaire organisé par l'ASBL

« *Un accueil pour tous* »

Dossier d'inscription

un accueil pour Tous

✱ Nom et prénom de l'enfant : .....

Rue de Sesselich, 83 – 6700 Arlon
0032/472.999.453
arlon@unaccueilpourtous.be

un accueil pour Tous

Année scolaire 2025-2026

Madame, Monsieur, Chers Parents,

Suite à la participation de votre (vos) enfant(s) à l'accueil extrascolaire, nous avons le devoir de constituer un dossier administratif le(s) concernant.

Afin d'établir ce dossier, auriez-vous l'amabilité de :

- Remplir la fiche d'inscription – autorisation photo - RGPD
- Compléter la fiche santé
- Fournir une composition de ménage récente (délivrée par l'administration communale)
- Remplir si nécessaire, l'autorisation pour l'envoi des factures par mail
- Compléter le document reprenant les personnes autorisées à venir rechercher votre (vos) enfant(s).

Si vous éprouvez des difficultés pour remplir ces documents, vous pouvez vous adresser à :

* Audrey Gérard : 0471/80 26 42
* Frédérique Wirtgen : 0471/80 26 40

L'accueil extrascolaire de l'implantation d'Arlon est ouvert dès 7h00 le matin et jusqu'à 19h00 le soir, vous pouvez joindre les responsables, Anaïs VERBEKE et Guillaume ANCIAUX au 0472/99 94 53.

Nous vous remercions de votre compréhension et vous prions de croire à notre entier dévouement.

WIRTGEN Frédérique
GERARD Audrey
Coordinatrices

une école pour Tous

Année scolaire 2025-2026

FICHE D'INSCRIPTION - ACCUEIL EXTRASCOLAIRE

NOM (en MAJUSCULES)	PRENOM	DATE(S) DE NAISSANCE	NUMERO NATIONAL (obligatoire)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ADRESSE PRINCIPALE

.....

PARENT(S)-RESPONSABLE(S)	TELEPHONE PRIVE et PROF	ADRESSE MAIL
Nom-Prénom		
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Numéro national ET nom du PARENT qui déduira les frais d'accueil extrascolaire sur la déclaration fiscale (obligatoire) :

.....

MEDECIN TRAITANT	TELEPHONE	LOCALITE
.....	.....	.....

Autres personnes pouvant reprendre le (ou les) enfant(s)

NOM	PRENOM	TELEPHONE
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Autorisation photo

Dans le cadre de nos activités extrascolaires, nous avons à cœur d'immortaliser les instants passés avec vos enfants par des photos et/ou vidéos qui pourraient être affichés ou diffusés (petits journaux, panneaux dans nos locaux...).

C'est pourquoi nous vous saurions gré de bien vouloir compléter le talon ci-dessous demandant votre accord. Les photos diffusées sur notre page Facebook sont d'office, pour tous les enfants, floutées au niveau de leur visage.

En toutes circonstances, nous pouvons vous assurer que les photos et/ou films seront faits dans des conditions respectueuses de l'enfant.

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant ..... accepte / refuse que des photos / films réalisé(e)s où il / elle apparaîtrait soient exposés et/ou projetés.

Note relative à la protection des données personnelles

Le 25 mai 2018, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est entré en vigueur. Il renforce vos droits en ce qui concerne le traitement de vos données à caractère personnel.

L'ASBL « Une Ecole pour Tous », service d'accueil extrascolaire agréé et subventionné par l'ONE, collecte auprès des parents/responsables d'un ou plusieurs enfant(s) inscrits ou en voie d'inscription, un certain nombre de données à caractère personnel qui sont traitées dans la mesure nécessaire à la gestion de l'accueil au sein des implantations de l'ASBL.

Conformément à l'Article 27/1 du décret du 03/07/2003 relatif à la coordination de l'accueil des enfants durant leur temps libre et au soutien de l'accueil extrascolaire, l'ASBL « Une Ecole pour Tous » tient, sur chaque lieu d'accueil et au siège de l'ASBL, les dossiers individuels d'inscription reprenant entre autres : les coordonnées de l'enfant, des personnes qui l'ont confié, qui sont autorisées à venir le chercher, qui sont à joindre en cas d'urgence, les spécificités de l'enfant à prendre en compte ainsi qu'un registre de présences quotidiennes qui doit être conservé durant 3 ans.

Les membres du personnel de l'ASL « Une Ecole pour Tous » sont, par ailleurs, tenus au respect de la confidentialité pour l'ensemble de ces données personnelles. Ceci implique : l'obligation de ne pas accéder ou chercher à accéder à des données qui ne sont pas nécessaires à l'exécution de leurs missions et l'interdiction de divulguer les données personnelles dont ils ont connaissance, en dehors de leur fonction.

Vérification des informations :

DATE : .....

DATE : .....

DATE : .....

DATE : .....

SIGNATURE : .....

un accueil pour Tous

Année scolaire 2025-2026

FICHE SANTE

Identité de l'enfant

NOM ET PRENOM : .....
DATE DE NAISSANCE : ...../..... /.....
ADRESSE : .....
NUMÉRO NATIONAL : .....-..... . .....

Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM : .....
LIEN DE PARENTÉ : .....
ADRESSE : .....
.....
GSM : .....
TEL PROF : .....

NOM : .....
LIEN DE PARENTÉ : .....
ADRESSE : .....
.....
GSM : .....
TEL PROF : .....

Santé de l'enfant

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....
ADRESSE : .....
TÉLÉPHONE : .....

GROUPE SANGUIN ET RHESUS DE L'ENFANT : .....
L'ENFANT EST-IL VACCINÉ CONTRE LE TÉTANOS ? OUI – NON
Si oui, date du dernier rappel : ...../..... /.....
L'ENFANT EST-IL ALLERGIQUE :

- À certaines substances (pollens, poils d'animaux ...) : .....
- À certains médicaments : .....
- À certains aliments : .....
- Autres : .....

Veuillez préciser les conséquences et les réactions à avoir : .....
.....
.....

L'ENFANT SUIT-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE ? OUI-NON
Si oui, veuillez spécifier : .....
.....
Y-a-t-il des aliments qui lui sont contre-indiqués ?.....
.....

Y-A-T-Il DES DONNEES MÉDICALES SPÉCIFIQUES A CONNAÎTRE POUR LE BON DÉROULEMENT DE L'ACCUEIL : Problèmes cardiaques, asthme, épilepsie, diabète, migraine, mal des transports, constipation, saignement de nez, maladie contagieuse, affection de la peau, problèmes visuels ou auditifs ou autres : .....

Veuillez indiquer la fréquence, la gravité, et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et ou y réagir :
.....
.....

L'ENFANT A-T-IL SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU MALADIE GRAVE ? OUI-NON
Si oui, quand et laquelle ?.....
.....

L'ENFANT PREND-IL DES MÉDICAMENTS ? OUI-NON
Si oui, veuillez spécifier : .....
.....

- **SI UN TRAITEMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRE, IL EST OBLIGATOIRE DE FOURNIR UNE PRESCRIPTION MÉDICALE DATÉE ET SIGNÉE, SPÉCIFIANT LES MODALITÉS DU TRAITEMENT : NOM(S) DU MÉDICAMENT, DOSES, HORAIRES ET DURÉE.**
- **LE PARENT TRANSMETTRA ÉGALEMENT UN DOCUMENT PORTANT SON CONSENTEMENT POUR L'ADMINISTRATION DU TRAITEMENT.**
- **SELON LES CAS, LE PARENT PREND CONSCIENCE QUE LA STRUCTURE D'ACCUEIL NE DISPOSE PAS DE PERSONNEL INFIRMIER POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS.**

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 paracétamol (anti fièvre, anti douleur)
* du désinfectant Chlorhexidine

Activités et loisirs

L'ENFANT PEUT-IL PARTICIPER AUX ACTIVITÉS PROPOSÉES (Sport, jeux, natation, ...) ? OUI-NON
Si non, veuillez spécifier l'activité et la raison : .....
.....
L'ENFANT SAIT-IL NAGER ? Très bien / bien / difficilement / pas du tout
A-T-IL PEUR DE L'EAU ? OUI-NON
PORTE-T-IL DES BOUCHONS ? OUI-NON
SAIT-IL ROULER A VELO ? Très bien / bien / difficilement / pas du tout

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, j'autorise les responsables à permettre toute hospitalisation, intervention chirurgicale ou anesthésie que le médecin jugerait vitale ou urgente.

Nom du Signataire : .....

Date : ...../..... /.....

Signature : .....

Vérification des informations :

Date : .....

Date : .....

Date : .....

Ces informations seront utilisées pour assurer le suivi journalier de l'enfant ainsi que sa sécurité durant l'ATL et les plaines de vacances. Ces données sont réservées à une utilisation interne par les travailleurs de l'ASBL « Une Ecole Pour Tous » et, le cas échéant, par les prestataires de santé consultés. Elles seront détruites dès que l'enfant ne bénéficie plus de l'ATL et/ou des plaines de vacances. Conformément au RGPD, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

un accueil pour Tous

Année scolaire 2025-2026

Objet : Demande de composition de ménage

A remettre au responsable du service de la population de la commune,

Pouvez-vous remettre aux parents, aux responsables de l'enfant :

NOM & PRENOM : .....
DATE & LIEU DE NAISSANCE : .....
ADRESSE : .....

Une attestation de composition de ménage afin de constituer son dossier administratif au sein de notre service d'accueil extrascolaire.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.
Avec nos meilleures salutations,

GERARD Audrey
WIRTGEN Frédérique
Coordinatrices

ASBL « Une Ecole Pour Tous » - Rue de la Fontaine, 2a – 6800 LIBRAMONT
Tél : 0471/80.26.42 – mail : coordinationpeda@unaccueilpourtous.be

un accueil pour Tous

Année scolaire 2025-2026

Madame, Monsieur,
Chers Parents,

Vous avez la possibilité de recevoir vos factures mensuelles par mail.
Si tel est votre souhait, merci de nous retourner le talon ci-dessous, complété très lisiblement.
Vous pouvez joindre notre comptable au 0476/97 32 91 le lundi, mardi, jeudi et vendredi ou sur l'adresse : comptabilite@unaccueilpourtous.be

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.
Avec nos meilleures salutations,

WIRTGEN Frédérique
GERARD Audrey
Coordinatrices

Coordonnées de la personne responsable à qui sont adressées les factures :

NOM : Prénom :

Numéro de dossier (repris sur votre facture) :

Adresse : Rue/N°
CP/Localité

Tél :

Mail : @

Je souhaite recevoir mes factures par mail.
Date : Signature :