



COMMUNE DE HOUFFALIZE

à WIBRIN et à TAVIGNY



Pour les enfants
de 3 à 12 ans

Sem. du 11 au 15 juillet	Sem. du 18 au 22 juillet	Sem. du 01 au 05 août	Sem. du 08 au 12 août
Thème : « La nature »	Thème : « Les Super-héros »	Thème : « Les planètes »	Thème : « Le chocolat »
Activités culinaires, créatives et sportives - Promenades, grands jeux d'extérieurs ! Horaire d'activités : de 9h à 16h Accueil garderie le matin dès 7h15 et fin de journée jusqu'à 17h15 gratuite mais sur réservation obligatoire.			

Comment s'inscrire ? A partir du 9 mai	→ ☎ Par téléphone → ✉ Par courrier → ✉ Par mail
--	---

Pour que l'inscription soit validée, il faut impérativement que les documents d'inscription soient remis au service ATL. Ils peuvent être déposés dans la boîte aux lettres de la commune, envoyés par la poste ou scannés puis envoyés par mail.

Le paiement se fera endéans les 5 jours et obligatoirement avant le 30 juin, par virement bancaire sur le compte BE 64 091000506752

(Communication : plaines à (Wibrin, ou Tavigny), semaine (1,2,3,ou 4) + prénom et nom de l'enfant



Les plaines sont organisées sur 2 sites :

WIBRIN

L'école communale, Rue de l'école, n°13 – 6666
WIBRIN

TAVIGNY

L'école communale, Tavigny, n°10 – 6662 TAVIGNY

Les plaines sont organisées pour les enfants de 3 ans et 1 jour à 12 ans

L'équipe des animatrices souhaite attirer votre attention sur le fait que les plaines sont un moment de **découvertes et d'expérimentations**, et qu'une tenue adaptée est donc vivement conseillée. **Pas de vêtements neufs ne pouvant être salis, privilégiez des chaussures fermées et confortables lorsque des balades sont programmées (et bottes si temps de pluie, avec prénom de l'enfant).**

Pour les petits,

Pour les siestes, chaque enfant a sa couchette et n'en change pas de la semaine. Les parents amènent dès le lundi matin un couvre-lit, le doudou et l'oreiller pour faciliter le repos de l'enfant. Des vêtements de rechange (slip, t-shirt, short et pull) sont à prévoir dans un sac étiqueté à son nom et prénom.

Chaque jour
une pause
fruit sera
proposée aux
enfants

Prévoir boissons,
repas et collations
pour la journée !
Prévoir une gourde pour
chaque enfant.

Retour des inscriptions à adresser au Service ATL à l'Administration communale, Rue de Schaerbeek, n°1 à 6660 HOUFFALIZE ;

0496/55 15 13 cindy.theis@houffalize.be

(lundi, mardi, mercredi, jeudi de 8h30 à 16h30)



Les excursions et les sorties piscine seront envisagées en fonction des décisions prises par le CODECO.

Si vous inscrivez vos enfants, conservez soigneusement cette feuille de renseignements jusqu'à la fin des plaines !

Lieu des plaines : WIBRIN ou TAVIGNY

Je soussigné(e)

Père-mère ou tuteur (biffer les mentions inutiles)



Adresse:

Adresse mail (consultée régulièrement):

Inscris mon enfant à la Plaine Communale de

S'il n'y a plus de place disponible dans le lieu de votre choix, vous serez avertis personnellement pour voir si vous êtes intéressé par le second site.

Identité de l'enfant:		SEMAINE	PRIX	Reservation (Cocher la ou les cases)
NOM		Sem 1: du 11 au 15 juillet	20€	<input type="radio"/>
PRENOM		Sem 2: du 18 au 22 juillet	16€	<input type="radio"/>
ADRESSE (si ≠ de celle du parent)		Sem 3: du 01 au 05 août	20€	<input type="radio"/>
Date de naissance + AGE		Sem 4: du 08 au 12 août	20€	<input type="radio"/>
A payer au total:				

J'ai pris connaissance du ROI de la plaine de jeux organisée par la commune de Houffalize et je marque mon accord avec celui-ci. (Dispo. sur demande 061/28 00 42)

- J'autorise à utiliser les photos de vie de plaine sur lesquelles mon enfant figure, faites dans le cadre des activités qui pourrait être utilisée pour une exposition ou pour la promotion de celle-ci.

Fait à,
le / / 2022

Signature (obligatoire)

Notice relative à la protection des données personnelles

Les données personnelles collectées seront conservées et utilisées dans le cadre strict de cet objet, par la Commune de Houffalize, laquelle est responsable du traitement au sens de la réglementation sur la protection des données.

Elles ne seront utilisées dans aucun autre but.

Vous bénéficiez du droit à recevoir une information sur les données traitées, en recevoir copie, les faire

rectifier, les compléter ou corriger, en demander l'effacement dans certains cas ou en limiter l'utilisation.

Pour toute question relative à cette matière : contacter le DPO de la Commune (dpo@houffalize.be – 061/28 00 60)

Annexes FICHE SANTE

Vignette de mutuelle

PRÉNOM et NOM du participant :

DATE DE NAISSANCE :/...../20.....

ADRESSE :
.....

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom **Lien de parenté** **Tél :**

Nom **Lien de parenté** **Tél :**

3ème personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables :

Nom **Lien de parenté** **Tél :**

Nom et n° de tél. de votre médecin de famille :

.....

Personnes autorisées à amener ou reprendre l'enfant :

Nom..... **Lien de parenté** **Tél**.....

Nom..... **Lien de parenté**..... **Tél**.....

Nom..... **Lien de parenté**..... **Tél**.....

Personne ne pouvant ABSOLUMENT PAS récupérer l'enfant :

Nom et prénom..... **Lien de parenté**.....

Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...)

.....

Raisons d'une éventuelle non-participation :

.....
.....

Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau ? Oui / Non

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du séjour ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...).

Indiquer 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 o Non o **Date de la première injection :**

Date de la dernière injection :

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

Si oui, lesquels.

.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

.....
.....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif)

.....
Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants) OUI-NON

.....
La remarque suivante, 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 ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqure d'insectes.

La mention suivante :

« 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 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. »

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. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. »

• La date et la signature du parent/tuteur

AUTORISATION PARENTALE

Coordonnées de l'animateur ou du coordinateur responsable du groupe : (à compléter par le responsable)

Prénom, nom : .Theis Cindy, Coordinatrice ATL,

Administration communale, Rue de Schaerbeek, 1 – 6660 Houffalize

Wibrin : Mme Copine Anne/ Tavigny : Mme Léonard Laëtitia

A compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

o père o mère o tuteur o répondant

Autorise (prénom,nom)

a participer aux activités de la plaines de jeux qui se déroulera :

du 11 au 15 juil/du 18 au 22 juil/ du 01 au 05 août/ du 08 au 12 août 2022.

Durant cette période :

- Je le/la place sous la garde de ses encadrants.
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.

Date et signature :2022