



LES TERRES D'ICI
ECO FARM DU LONG FOND

Renvoyez ce document dûment complété à l'adresse : atelier@lesterresdici.farm

Formulaire d'inscription : stage

Date du stage :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Langue(s) :

Adresse :

Personne responsable n°1		Personne responsable n°2	
NOM Prénom		NOM Prénom	
Adresse		Adresse	
Téléphone		Téléphone	

ATTENTION : l'inscription n'est confirmée que si le paiement est intégralement effectué après réception de cette fiche dûment complétée.

TARIFS

3 jours* : 117Eur

4 jours* : 156Eur

5 jours : 195Eur

*Pour les semaines avec jour.s férié.s

Ailes et Racines

IBAN BE76 5230 8148 2095

Communication : Stages enfants + nom + prénom de l'enfant

Nous sommes agréés par l'ONE, ce qui signifie que nous pouvons signer l'attestation de la mutuelle vous donnant droit à une réduction d'impôts. Veuillez ramener l'attestation correspondante le premier jour de stage pour que nous puissions faire le nécessaire.

J'autorise les Terres d'Ici à utiliser les éventuelles photos prises au cours des activités et sur lesquelles figurerait mon enfant pour la communication et la promotion de la coopérative.

Oui Non

Date et signature :

FICHE MÉDICALE

*Remarque : cette fiche médicale est le document de référence en cas d'accident ou de maladie de votre enfant au cours du stage.
Prenez soin de la remplir avec attention. Merci d'avance.*

**COLLEZ UNE VIGNETTE
MUTUELLE :**

À contacter en cas d'urgence :

Nom + relation avec l'enfant	Nom + relation avec l'enfant
Tel:	Tel:

Nom du médecin traitant :

.....

Téléphone :

.....

Tétanos (date du dernier rappel) :

(Vaccination vivement recommandée pour le stage)

Groupe sanguin : Problème de coagulation connu :

Allergies (aliments, médicaments, piqûres d'insectes,..)

.....

.....

Votre enfant suit-il/elle un régime alimentaire particulier ? Lequel ?

.....
.....

Votre enfant suit-il/elle un traitement médical ? Lequel ?

.....
.....

Votre enfant souffre-t-il/elle d'épilepsie ? OUI - NON

Votre enfant souffre-t-il/elle d'incontinence ? OUI - NON

Votre enfant souffre-t-il/elle d'asthme ? OUI - NON

Votre enfant a-t-il/elle subi une intervention chirurgicale ? OUI - NON

Date et cause :

.....

Autre(s) problème(s) de santé :

.....
.....

Recommandation(s) des parents :

.....
.....

J'autorise tout médecin responsable à pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Date et signature de
la personne
responsable :

Pour valider l'inscription, envoyez cette fiche dûment complétée à Diane: atelier@lesterresdici.farm

