



Plaines Communales de Rouvroy 2025

Vous souhaitez inscrire votre enfant ? Rien de plus simple, il suffit de compléter ce formulaire (un formulaire par enfant) **avant le 20 juin 2025** Il est également disponible sur demande en version papier auprès de la coordinatrice ATL à l'adresse catl@rouvroy.be Le nombre de participants étant limité, une priorité sera accordée aux enfants domiciliés sur le territoire communal. Merci de compléter un formulaire par enfant .

* Obligatoire

Coordonnées de l'enfant

1

Nom de l'enfant : *

2

Prénom de l'enfant : *

3

Date de naissance de l'enfant : *

4

Numéro de registre national (belge) de votre enfant. *

5

Votre enfant a-t-il fréquenté les plaines communales l'an dernier? *

- ☐ NON
- ☐ OUI

6

Ecole fréquentée *

- ☐ Dampicourt
- ☐ Harnoncourt
- ☐ Lamorteau
- ☐ Autre

7

Choix de la/ des semaine/s *

- ☐ semaine 1 (du 28/07 au 01/08)
- ☐ semaine 2 (du 04/08 au 08/08)

8

Tarif hebdomadaire à appliquer : *

- ☐ 50€ = Enfant dont un parent ou représentant légal au moins est domicilié sur le territoire de la commune de Rouvroy
- ☐ 70€ = Enfant dont aucun parent ou représentant légal au moins n'est domicilié sur le territoire de la commune de Rouvroy

Coordonnées des personnes responsables

9

Coordonnées du parent : personne référente (chef de ménage) pour les inscriptions et la facturation. *

10

Prénom du parent à facturer *

11

Nom du parent à facturer *

12

Registre national du parent à facturer : *

13

Adresse du parent à facturer : **Rue et numéro** *

14

Adresse du parent à facturer : **code postal et ville** *

15

Numéro de **téléphone** : *

16

Adresse mail de la personne de contact (c'est à cette adresse que vous parviendront les autres documents et informations relatifs aux plaines) *

17

Nom et prénom de la personne de contact : *

- ☐ La personne de contact est la même que la personne à facturer.
- ☐ La personne de contact est différente de la personne à facturer.

18

Nom de la personne de contact *

19

Prénom de la personne de contact *

20

Numéro de téléphone de la personne de contact : *

Santé

Une vignette mutuelle de votre enfant sera à fournir le premier jour de plaine.

21

Votre enfant souffre-t-il d'allergie ? *

☐ OUI

☐ Non

22

Si oui, à quoi est-il allergique?

23

Votre enfant souffre d'un problème de santé à signaler? *

☐ OUI

☐ NON

24

Si oui, merci de préciser :

25

Nom et numéro de tel. de votre médecin traitant : *

Autorisez-vous les animateurs à soigner une bosse avec des granulés d'arnica , de la pommade d'arnica et à désinfecter une petite blessure avec un spray? *

☐ OUI

☐ NON

RGPD

27

Autorisez-vous la prise de photos de votre enfant durant les activités et leur diffusion /publication dans le bulletin communal , sur le site internet et la page de la commune ? *

☐ OUI

☐ NON

Accueil :

28

Votre enfant a-t-il besoin d'un accueil le matin entre 7h30 et 9 h et/ou le soir entre 16h et 17h30 ? *

- ☐ OUI, le matin
- ☐ Oui, le soir
- ☐ Oui, le matin et le soir
- ☐ Non



- Create

Signature _____

30

☐ OUI, je le signerai le premier jour.

☐ NON

Merci d'avoir complété ce formulaire

En cas de désistement merci de prévenir la coordinatrice au plus tard le 30 juin par téléphone au 0472/034635 ou par mail à l'adresse catl@rouvroy.be

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.

 Microsoft Forms