DOSSIER DE L’ENFANT

 ***A remplir par l’accueillant(e) avec les parents***

**Nom de l’enfant : ………………………………………………………………………………………………………**

**N° dossier enfant : …………………………………… N° dossier parents : ……………………………..**

|  |
| --- |
| VIGNETTE Mutuelle de l’enfant |
|  |

« Conformément aux normes en vigueur et parce que l’ONE et notre service accordent la plus haute importance au respect de la vie privée, nous vous informons que les données recueillies par le présent formulaire sont indispensables afin de de prodiguer des soins adéquats et de qualité à votre enfant et sont traitées conformément aux dispositions de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, du Règlement général sur la protection des données (UE) 2016/679,  de la loi du 22 aout 2002 relative aux droits du patient et de l’article  458 du Code pénal relatif au secret professionnel.

Cela signifie notamment que les données à caractère personnel ne peuvent être recueillies et traitées que dans les buts susmentionnés, et ne seront pas communiquées à des tiers, autre que l’ONE, ni utilisées à des fins commerciales.

Vous avez le droit de consulter vos données personnelles, de vérifier leur exactitude et faire corriger les éventuelles erreurs les concernant. A cet effet, vous pouvez prendre contact par mail à fanny.huylebroeck@raidsenfance.net ou par courrier postal :**Rue Slar 49k à 4801 Stembert**



Fiche de renseignements

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’ENFANT** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Sexe |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DES PARENTS** |
| **Parent 1** | **Parent 2** |
| Nom |  | Nom |  |
| Prénom |  | Prénom |  |
| Adresse |  | Adresse |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de téléphone |  |
| Adresse E-Mail  |  | Adresse E-Mail |  |
| Nom et N° de téléphone de l’employeur (en cas d’urgence) |  | Nom et N°de téléphone de l’employeur (en cas d’urgence) |  |
| L’enfant est domicilié chez |

|  |
| --- |
| **MÉDECIN DE L’ENFANT** |
| Nom |  |
| Numéro de téléphone |  |

|  |
| --- |
| **PEDIATRE DE L’ENFANT** |
| Nom |  |
| Numéro de téléphone |  |

|  |
| --- |
| **PERSONNE DE CONTACT EN CAS D’URGENCE****(autres que les parents)** |
| Nom |  | Nom |  |
| Lien de parenté |  | Lien de parenté |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de téléphone |  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS Complémentaires** |
| **Etes-vous\* :*** Une famille monoparentale ?

Si oui, merci de nous fournir une composition de ménage. * Bénéficiaire du statut BIM (OMNIO / VIPO) ?

Si oui, merci de nous fournir une attestation d’un service reconnu.**Sans ces documents, un tarif réduit ne pourra être appliqué.**Pour toute autre situation sociale et financière difficile, veuillez prendre contact avec l’assistante sociale du service, Mme Huylebroeck Fanny, au 087/31.10.34. |

N.B. : En cas d’urgence, les parents sont toujours contactés en premier lieu, sauf en cas d’urgence vitale auquel cas le 112 est appelé en premier.

|  |
| --- |
| **FACTURATION** |
| La facture doit être établie au nom de(Merci de préciser un seul parent)  |  |

**Le parent ou titulaire légal de l’enfant reconnait, par la présente, avoir pris connaissance du règlement d’ordre intérieur, applicable au service de garde d’enfants malades à domicile « Bab’Atchoum », préalablement distribués et en accepter toutes les dispositions.**

 \*surligner la/les mentions(s) exacte(s) **Date et signature du parent :**