

**Fiche santé et de coordonnées des élèves (année scolaire ..... -.....)**

**IDENTIFICATION DE L'ENFANT**  F -  M Type : ..... Maturité : ..... Titulaire : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
 Né(e) le : ...../...../..... Adresse légale : .....  
 Adresse de logement :  idem adresse légale  Internat : .....  
 autre : .....

**INTERNAT**  OUI  NON Si OUI, NOM DE L'INTERNAT : ..... TEL : .....

**BUS** :  Oui  Non Si oui, n° de bus : ..... Cours philosophique : .....

**PERSONNE RESPONSABLE 1 (AYANT LA CHARGE DE L'ENFANT)**

Père  Mère  Tuteur  Responsable de fait  Autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
 Tél : ..... GSM : .....  
 Mail : ..... Travail  en matinée  l'après-midi  en journée  en soirée

**PERSONNE RESPONSABLE 2**

Père  Mère  Tuteur  Responsable de fait  Autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
 Tél : ..... GSM : .....  
 Mail : ..... Travail  en matinée  l'après-midi  en journée  en soirée

Garde alternée  oui  Non Si oui, modalité : .....

**En cas d'urgence, nous devons contacter d'abord :**  responsable 1  responsable 2  internat

**NOMS DES PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS : (DANS L'ORDRE D'APPEL)**

1) Monsieur, Madame : ..... Tél. : .....  
 GSM : ..... Lien de parenté : .....  
 2) Monsieur, Madame : ..... Tél. : .....  
 GSM : ..... Lien de parenté : .....

**En cas de changement d'adresse, de numéro de téléphone, de GSM pendant l'année scolaire,  
 est impératif de communiquer les nouvelles coordonnées au secrétariat dans les plus brefs délais**

**PRISE DE MEDICAMENTS** *rappel : un médicament peut être administré si et seulement si l'école est en possession de la prescription médicale (d'un médecin)*

Prise de médicaments durant la journée ?  OUI  NON  
 - Si oui, le(s)quel(s) ? .....  
 - Posologie ? Heure de prise ?.....

**PROBLEMES MEDICAUX :** (INCONTINENCE, EPILEPSIE, ASTHME, VISUEL, AUDITIF,...)

OUI  NON Si OUI, LE(S)QUEL(S).....

**ALLERGIES AUX MEDICAMENTS :**  OUI  NON Si OUI, LE(S)QUEL(S).....

**ALLERGIES ALIMENTAIRES :**  OUI  NON Si OUI, LE(S)QUEL(S).....

**ALLERGIES DIVERSES :**  OUI  NON Si OUI, LE(S)QUEL(S).....

**Ecole d'enseignement spécialisé fondamental de la Communauté française**

**« Les papillons »**



Avenue de Guéméné, 59  
1420 Braine l'Alleud  
02/384.42.98

Rue Defalque, 30  
1490 Court-Saint-Etienne  
010/61.42.55

**Accord parental – Droit à l'image / Droit au transport interne**

Je soussigné(e), .....

responsable de : Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Classe de (nom titulaire) : .....

**autorise** /  **n'autorise pas** l'Etablissement d'enseignement spécialisé fondamental de la Communauté française « Les papillons » à photographier mon enfant durant les activités effectuées en lien avec le milieu scolaire (Fancy-fair, soupers, ateliers, voyages scolaires,...) et de publier les photos sur le site internet ou la page Facebook de l'école.

**autorise** /  **n'autorise pas** l'Etablissement d'enseignement spécialisé fondamental de la Communauté française « Les papillons » à le / la transporter en bus scolaire afin de se rendre :

- aux activités sportives, culturelles, pédagogiques,
- à la piscine.

**En cas d'accord, celui-ci est valable pour toute la scolarité de votre enfant au sein de notre établissement. Il vous est néanmoins possible de modifier votre choix en nous demandant un nouveau document.**

Fait à Court-Saint-Etienne / Braine-L'Alleud

Le ..... / ..... /20.....

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)