



# Fiche de renseignements :

## Ecole communale de Somme-Leuze et "Les P'tites Canailles"

*Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées seront traitées et gérées dans la plus grande discrétion conformément à la loi relative à la protection de la vie privée (08.12.1992).*

(\*biffer les mentions inutiles)

Vignette de Mutuelle

### 1) Le participant

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Nom et prénom du responsable légal : .....  
Nom et prénom du deuxième parent : .....

Situation familiale : en couple - monoparental - garde alternée

S'il s'agit d'une garde alternée, pouvez-vous nous indiquer quelle est la fréquence (jour de changement de garde, semaine, ...) : .....

Personne(s) qui reprennent habituellement l'enfant après l'école ou les activités : (nom-prénom)  
.....  
.....

J'autorise le personnel d'encadrement à prendre des photos des activités auxquelles mon enfant participe et à pouvoir les médiatiser : oui - non (site internet communal ou de l'école, expositions, « Direct », folders,...)

### 2) Loisirs

Quels sont ses loisirs favoris ? .....  
Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ? .....  
.....

### 3) Sommeil / Repas

Fait-il/elle la sieste ? oui / non  
Si oui, a-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher ? .....  
Est-il allergique à certaines substances ou aliments ? oui / non  
Si oui, lesquels ? .....  
A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non Si oui, lequel ? .....

#### 4) Santé

Nom du médecin traitant et téléphone : .....

Etat de santé du participant : TB / B / Moyen

Remarque : Voir dans le règlement d'ordre intérieur concernant les absences et maladies éventuelles.

#### 5) Informations médicales

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Si OUI, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ?
<b>Diabète</b>			
<b>Epilepsie</b>			
<b>Maladie cardiaque</b>			
<b>Asthme</b>			
<b>Saignements de nez</b>			
<b>Maux de tête</b>			
<b>Maux de ventre</b>			
<b>Autres</b>			

Doit-il/elle prendre des médicaments durant la journée ? oui / non

Si oui, avez-vous rempli le document de demande ?

Porte-t-il/elle des lunettes ? oui / non

Porte-t-il/elle un appareil auditif ? oui/ non

Remarques éventuelles :

.....  
.....

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) : .....

**Je soussigné autorise toute intervention thérapeutique jugée indispensable par le personnel médical contacté.**

Date :

Signature :

*Ce document dûment complété est à remettre au titulaire de classe ou à l'accueillante le 1<sup>er</sup> jour des activités avec une vignette de mutuelle.*

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter :

- M. Nicolas Chisogne, coordinateur ATL, au 086/32.09.02 ou via mail [nicolas.chisogne@sommeleuze.be](mailto:nicolas.chisogne@sommeleuze.be)
- Mme Marianne COLLIN-FOURNEAU, Echevine de l'enfance, au 0474/49.78.10
- Mme Dominique THESIAS, Directrice de l'école, au 0494/82.21.39