Case à compléter par

🞏 IXELLES

🞏 BASSE - WAVRE

le service PSE :

🞏 VERIFICATION

Fiche Santé

Journées de Vacances

**Nom** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Prénom** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Date de naissance** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Ecole fréquentée** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Classe** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . …

**Nom du responsable** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Adresse** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **GSM** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Personne à contacter en cas d'urgence (toujours être joignable) pendant les journées de vacances

1. Nom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tél. : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Lien de parenté : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

1. Nom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tél. : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Lien de parenté : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**A-t-il/elle des frères ou sœurs inscrit·e·s à la même plaine de jeux ?** Oui / Non, Si oui :

Noms : …………………………. Prénoms . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . …………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Quelle langue parle-t-il / elle à la maison ?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ?**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Nom du médecin traitant et téléphone :**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**INFORMATIONS MEDICALES** :

**L’enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de :**

❖ **Diabète** ❖ **Asthme** ❖ **Coups de soleil**

❖ **Maladie cardiaque** ❖ **Sinusite** ❖ **Constipation**

❖ **Epilepsie** ❖ **Bronchite** ❖ **Diarrhée**

❖ **Affection de la peau** ❖ **Saignements de nez** ❖ **Vomissements**

❖ **Incontinence** ❖ **Maux de tête** ❖ **Mal de route**

❖ **Maladie contagieuse** ❖ **Maux de ventre** ❖ **Autres**

**En cas de réponse affirmative, indiquez comment réagir ou quelles précautions prendre :**

|  |  |
| --- | --- |
| Affection(s) | Soins à donner |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Tourner la page

**A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ?** oui / non

Si oui, quand et laquelle ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ….

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Est-il/elle allergique à certains médicaments ? oui / non

Si oui, lesquels ?

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# L’enfant suit-il un régime alimentaire prescrit par un médecin? oui / non

# Si oui, lequel ?

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ?** oui / non

Si oui, le(s)quel(s), selon quel dosage, quand et pourquoi ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières** :

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

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

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui / non Si oui, lequel ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Quelles sont les dates de la vaccination contre le tétanos ?**

**1° …………………. 3°…………………**

**2°………………….. 4°…………………**

**Rappel : …………..**

**Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation aux** **journées de vacances ?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**NB : En cas d’infection grave à méningocoques acceptez-vous que le traitement préventif**

**(Ciproxine en 1 seule prise) soit administré à votre enfant par l’équipe PSE oui / non**

* Je consens à l’utilisation des données conformément à la Politique de confidentialité

**Signature parentale ou du responsable légal : Date : . . . . . . . . . . . . . .**

Politique de confidentialité

En conformité avec le règlement européen 2016/679 (RGPD) relatif à la protection des données à caractère personnel et avec la réglementation belge en la matière notamment la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l’égard des traitements de données à caractère personnel, nous vous communiquons les informations suivantes :

Le responsable du traitement est le Collège des Bourgmestre et Echevins, chaussée d’Ixelles, 168 à 1050 Bruxelles - 02 515 61 11 – [secretariat@ixelles.brussels](mailto:secretariat@ixelles.brussels) .

Le délégué à la protection des données peut-être contacté à l’adresse [dpo@ixelles.brussels](mailto:dpo@ixelles.brussels) .

La finalité de ce document est uniquement d’identifier votre enfant et de recueillir les informations nécessaires à assurer son encadrement aux journées de vacances agréées par l’Office de la Naissance et de l’Enfance. Les données récoltées seront remises au service Promotion de la Santé à l’Ecole de la commune et ce document sera détruit au terme des journées de vacances.

Vous disposez, à tout moment, d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement, ainsi que de limitation du traitement des données vous concernant. Toute demande relative à l’exercice de vos droits quant à ce document peut être introduite auprès Service PSE, 6 rue de la Crèche à 1050 Bruxelles – [pse@ixelles.brussels](mailto:pse@ixelles.brussels)

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle, en Belgique, l’APD  Rue de la Presse, 35 à 1000 Bruxelles – 02 274 48 00 –

contact@apd-gba.be