

Case à compléter par
le service PSE :

VERIFICATION

IXELLES

BASSE - WAVRE

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 :

2. 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

❖ Maladie cardiaque

❖ Epilepsie

❖ Affection de la peau

❖ Incontinence

❖ Maladie contagieuse

❖ Asthme

❖ Sinusite

❖ Bronchite

❖ Saignements de nez

❖ Maux de tête

❖ Maux de ventre

❖ Coups de soleil

❖ Constipation

❖ Diarrhée

❖ Vomissements

❖ Mal de route

❖ 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 .

Le délégué à la protection des données peut-être contacté à l'adresse 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

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