

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](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](mailto:contact@apd-gba.be)