

DOSSIER D'INSCRIPTION 2023-2024

Ce document est très important.

Toutes les informations contenues dans ce dossier sont confidentielles et fournies dans le seul et unique souci du bien-être de l'enfant que nous accueillerons.

Ces informations sont primordiales, l'inscription ne sera effective qu'après réception de ces documents et paiement des frais de pension.

D'avance, nous vous remercions pour votre collaboration.

Information sur l'élève :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Nationalité : N° registre national :

Nom et n° inscription mutuelle :

Adresse (légal C.I.) :

Autre résidence éventuelle :

.....

.....

CP: Localité :

CP: Localité :

Téléphone de l'interne :

Date de prise en charge :/...../.....

Ecole actuelle : Niveau : Primaire / Secondaire

Type : Forme : Option :

Parcours de votre enfant :

Année scolaire	Ecole	Internat	Permanent

Intervention de services extérieurs : SAJ SPJ Autres :

Personne de contact :

Coordonnées du service :

Remarques supplémentaires :

.....

.....

.....

Date : le/...../..... Nom : Signature :

Fiche d'inscription

<p>Information sur l'élève : Nom : Prénom :</p> <p>Inscription : <input type="checkbox"/> Internat (période scolaire) <input type="checkbox"/> Centre d'Accueil Permanent (weekends et congés)</p>			
<p><u>Pour une inscription à l'Internat de semaine uniquement</u></p> <p>Mon enfant retourne en famille : <input type="checkbox"/> chaque weekend <input type="checkbox"/> chaque quinzaine</p> <p>Mon enfant repartira <input type="checkbox"/> de l'école <input type="checkbox"/> le vendredi soir (MAX 19h30) <input type="checkbox"/> le samedi matin (MAX 10h)</p> <p>Mon enfant rentrera <input type="checkbox"/> le dimanche soir <input type="checkbox"/> le lundi après l'école</p> <p>(à respecter, pour tout changement prendre contact avec l'internat)</p>			
Mère ou protutrice		Père ou protuteur	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Nationalité :		Nationalité :	
Adresse (si différente de celle de l'élève)		Adresse (si différente de celle de l'élève)	
.....		
.....		
Téléphones : Fixe :		Téléphones : Fixe :	
GSM :		GSM :	
Travail :		Travail :	
E-mail :		E-mail :	
N°compte bancaire :		N°compte bancaire :	
Infos complémentaires :		Infos complémentaires :	
<p>Situation familiale des parents : <input type="checkbox"/> cohabitant <input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> divorcés</p> <p>• Si les parents sont séparés ou divorcés, comment se partage la garde de l'enfant (Joindre une copie du jugement) ?</p>			
<p>Personne à prévenir en cas d'urgence : Téléphone :</p> <p>Autre personne de contact : Téléphone :</p>			
Fratrerie :			
NOM	PRÉNOM	DATE NAISSANCE	ÉTAT DE SANTÉ
<p>Date : le / / Nom : Signature :</p>			

Demande d'inscription, recouvrement et remboursement

Je soussigné(e), (parent, resp. légal)

Souhaite inscrire..... (Nom, prénom de l'enfant)

(numéro national de l'enfant :.....)

au Home d'Accueil Permanent de la Communauté Française à Lessines et m'engage envers l'établissement à payer le montant de la pension et/ou des frais d'hébergement au « Permanent » et de tous les autres frais suivant les modalités et dans les délais qui me seront communiqués par la Direction.

Je suis informé(e) que :

- 1) En cas de non-paiement de la facture, l'interne ne sera plus accepté au home de Lessines et il sera, dans tous les cas, procédé au recouvrement des sommes impayées par les services de l'Administration, du Cadastre, de l'enregistrement et des domaines.
- 2) Tous frais complémentaires de rappels par envois recommandés et de justice sont à ma charge.
- 3) Je m'engage à respecter le règlement d'ordre intérieur du home d'accueil de Lessines.
- 4) Je m'engage à communiquer IMMEDIATEMENT tout changement de coordonnées, en ce compris les changements de numéros d'appels téléphoniques, et toutes modifications de traitement ou médication dûment certifiées par un médecin.

Dans **certaines conditions**, la **pension sera remboursée** si un justificatif est fourni :

- Après 5 jours ouvrables consécutifs d'absence justifiée par certificat médical et par mois. (remboursement à partir du 6^{ème} jour ouvrable d'absence).
- Durant les périodes de stages prévues dans le cadre des études
- Lors d'un voyage scolaire organisé par l'école

Joindre une copie de la carte d'identité en cours de validité

Fait à....., le

Signature du responsable (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ») :

Engagement à payer la pension

H.A.P.C.F. Lessines
Adresse : Chemin de Papignies, 68 – 7860 Lessines
Tel : 068/33.34.35
Mail : administrateur@haplessines.be

Le soussigné :

NOM : PRENOM :
Date de naissance N°national :
Domicilié à CP
Rue n° Bte GSM :
GSM :/..... Tel :/.....
Mail :
Responsable de l'élève : NOM : PRENOM :

Sollicite son inscription au Home d'Accueil Permanent de Lessines et déclare avoir pris connaissance du montant annuel de la pension pour l'année académique 2023 - 2024 lequel s'élève à :

- Pension annuelle spécialisé primaire : 2.180,73 €
- Pension annuelle spécialisé secondaire : 2.561,79 €
- Pension journalière weekend primaire : 11,45 €
- Pension journalière weekend secondaire : 13,44 €

En conséquence, je m'engage à payer à l'établissement susvisé les sommes suivantes :

- Pour une inscription à l'internat (du lundi soir au vendredi matin durant la période scolaire), une provision de 50€ pour d'éventuels frais médicaux, pharmaceutiques, de transport et divers ainsi que la pension mensuelle de manière anticipative (avant le 1er de chaque mois) d'un montant de 219€ pour un enfant du primaire et de 257€ pour un enfant du secondaire.
- Pour le centre d'accueil permanent (les week-ends et congés scolaires), le montant de la facture dans les 15 jours à dater de la réception de celle-ci.

La pension des élèves internes constitue un droit constaté annuel.

Le remboursement de la pension n'est appliqué qu'à partir du **6^e jour** d'absence ininterrompue (dûment justifiée par certificat médical).

Les divers montants seront à payer sur le compte : BE13 0912 1204 3039
Avec en communication **le nom et le prénom de l'élève.**

En cas de non-paiement des frais relatifs à l'accueil de l'élève, celui-ci ne pourra plus bénéficier des services du H.A.P.C.F. et il sera procédé au recouvrement des sommes dues par les services des Domaines et de la T.V.A.

Fait en double exemplaire à le

Signature précédée de la mention manuscrite : « Lu et approuvé »

Accusé de réception du règlement d'ordre intérieur et du projet d'établissement

Je soussigné

responsable de

déclare :

- Avoir reçu le règlement d'ordre intérieur ainsi que le projet d'établissement,
- En avoir pris connaissance,
- M'engager à le respecter,
- A le communiquer à toute personne qui serait mise en contact par mon entreprise avec l'institution susnommée.

Fait à..... , le

Signature du responsable (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ») :

Retour en famille et situations impérieuses

Je reconnais avoir pris connaissance des horaires et des modalités d'ouverture du Home d'Accueil Permanent de la Communauté française situé à Lessines.

Je m'engage en cas de nécessités (fermeture du bâtiment, journées pédagogiques, maladies ou toutes autres situations urgentes) à assumer le retour en famille de mon enfant.

Dans le cas où je ne pourrais pas effectuer le rapatriement de mon enfant à son domicile, j'autorise la direction du Home d'Accueil, le membre du personnel qui la remplace ou tout membre du personnel ayant l'élève en charge à mandater une société d'ambulance privée afin d'effectuer celui-ci.

Je m'engage à couvrir l'intégralité des frais inhérents à cette démarche.

À titre d'exemple, la société « Fire § Safety » facture 35€ la prise en charge du transport plus 1,40€ du kilomètre parcouru. Les kilomètres sont facturés au départ de leur base jusqu'au retour à celle-ci.

Lieu de retour en cas de maladie ou autre	
Lieu de retour :	Chez qui ? :
Mode de transport :	Coordonnées : tel :..... adresse :.....

Fait à..... , le

Signature du responsable (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ») :

Autorisations de sorties

Je soussigné (e)
responsable de l'enfant

1. Autorise/N'autorise pas * mon enfant à quitter l'internat seul et à pied pour se rendre à(nom et adresse du lieu) dans le respect du R.O.I.
2. Autorise/N'autorise pas * mon enfant à utiliser les transports en communs (bus et / ou train) dans le respect du R.O.I. pour se rendre à(nom et adresse du lieux) dans le respect du ROI.

3.

Durant ces sorties, votre enfant s'engage à ne pas se déplacer à bord d'un véhicule (voiture, moto, ...).

Durant ces périodes, l'élève interne n'est pas sous la responsabilité de l'internat.

Fait à..... , le

Signature du responsable (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ») :

(* biffer la mention inutile)

Utilisation des données personnelles

Conformément au « règlement général sur la protection des données » (ou RGPD), nous ne souhaitons recueillir et utiliser vos données qu'avec votre accord.

En toutes circonstances, nous pouvons vous assurer que les données personnelles vous concernant ou concernant votre enfant seront traitées et utilisées en respectant le secret professionnel et le cadre déontologique s'y référant.

Je soussigné (e)
responsable de l'enfant

Autorise

le H.A.P.C.F. Lessines à conserver et traiter dans un dossier structuré ainsi que dans un système informatique en ligne, mes données personnelles et toutes les données concernant mon enfant y compris les données d'ordre médicales.

Ce dossier structuré et en ligne pourra éventuellement être partagé avec un autre internat ou une école partenaire qui prend en charge mon enfant.

Fait à..... , le

Signature du responsable (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ») :

Droit à l'image

Conformément à la circulaire 2493 du 7/10/2008, nous ne souhaitons présenter des photos et films qu'avec votre accord.

En toutes circonstances, nous pouvons vous assurer que les photos seront faites dans des conditions respectueuses de l'enfant.

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,*

(* biffer mention inutile)

domicilié(e)

.....

..... (adresse complète)

responsable de (nom de l'enfant)

Autorise / N'autorise pas *

(* biffer la mention inutile)

le H.A.P.C.F. Lessines

à utiliser les photos et films pris dans le cadre des activités l'établissement pour usage décoratif, didactique, promotionnel et ceci sur tous supports en ce compris le réseau internet.

Fait à....., le

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

Signature de l'élève âgé de plus de 14 ans (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Autorisations de contentions

Je soussigné (e)
responsable de l'enfant

Autorise/N'autorise pas *

Par la présente, lorsque les circonstances l'exigent, le Home d'Accueil Permanent de la C.F. situé à Lessines et les personnes qui y travaillent à utiliser les moyens de contentions nécessaires à préserver la sécurité de l'enfant susnommé ou celle des autres internes.

Fait à....., le 2023.

Signature du responsable (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ») :

(* biffer la mention inutile)

Autorisations de soins et urgences médicales

Je soussigné (e)
responsable de l'enfant

1. **Autorise/N'autorise pas *** par la présente, lorsque les circonstances l'exigent, que les soins indispensables à la santé de mon enfant soient prodigués par une puéricultrice, un puériculteur.
En signant cette autorisation, je m'engage à renoncer à toute poursuite ou plainte – ayant pour objet la compétence de la personne qui aura posé l'acte- à l'encontre de la puéricultrice, du puériculteur et de l'institution qui l'emploie.
2. Je **m'engage également à communiquer précisément et dans les temps** les indications, la (les) **médications** ainsi que tout changement de traitement **dûment certifiés par un médecin.**
3. J'autorise la direction du Home d'Accueil, le membre du personnel qui la remplace ou tout membre du personnel ayant l'élève en charge à prendre toutes les mesures indispensables et urgentes pour la sauvegarde de sa santé, de son intégrité physique et/ou de sa vie. Entre autres :
 - l'autorise à faire appel au médecin du home ou son remplaçant ;
 - l'autorise à commander les médicaments prescrits pour l'enfant en mon nom. (A.R. du 9/1/92, modifiant l'A.R. du 31/5/85) ;
 - l'autorise à faire soigner l'enfant chez un médecin spécialiste de son choix en cas d'absolue nécessité ;
 - l'autorise, en cas de besoin, à faire appel à une ambulance ;
 - l'autorise, si le médecin de tutelle du home d'accueil ou l'infirmière estime le placement nécessaire, que l'enfant dont je suis responsable soit amené(e) et traité(e) dans une clinique.
 - m'engage à couvrir la totalité des frais médicaux.

Fait à....., le2023.

Signature du responsable (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ») :

(* biffer la mention inutile)

Fiche médicale

Nom :	Prénom :	Né(e) le / /	Sexe M <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/>	Groupe sanguin	Coller une vignette de mutuelle
-------	----------	-----------------	--------------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------

A remplir avec l'aide du médecin compétent (traitant ou spécialiste):

Je soussigné,.....docteur en médecine,

Adresse : _____ Code postal : _____ Localité : _____

Tél. : / _____ Déclare que les renseignements figurants ci-après et concernant.....(nom et prénom de l'enfant) sont complets et exacts.

Date, signature et cachet.

L'enfant est-il en possession d'un dossier médical global ? oui/ non

Coordonnées du(des) médecins traitant et/ou spécialistes :

Nom :	Prénom :
Adresse :	Code postal : Localité :
Tél. : /	

Quel est le diagnostic du handicap de l'enfant ?

Si nécessaire, joindre tous les protocoles, rapports, prescriptions... indispensables au bon suivi de l'enfant.

Que doit-on lui administrer en cas de fièvre ?		
Souffre-t-il de maladie chronique ?	oui/non	
Nécessite-il des soins infirmiers particulier et/ou régulier	oui/non	Lesquels ?

Allergies	oui/non	
Opérations	oui/non	Lesquelles, quand ?
Lésions antérieures	oui/non	
Maladies (Antécédents)	oui/non	

Votre enfant souffre-t-il de :

Diabète	oui/non	
Affection cardiaque	oui/non	
Asthme	oui/non	
Somnambulisme	oui/non	
Incontinence	oui/non	
Fausse déglutition	oui/non	
Problèmes de vue	oui/non	Votre enfant porte des lunettes oui/non
Autres (ouïe, ...)	oui/non	
Epilepsie	oui/non	
Quelle est la fréquence des crises	Date :	
Quel est la procédure en cas de crise ?		

Date : le 2023. Nom :

Signature et cachet :

Traitement en cours : oui/non

Dénomination	Matin	Midi	Goûter	Soir	Coucher

Vaccins (Joindre une copie du carnet de vaccinations.)

Tétanos	oui/non	Date :	Rappel :
Hépatite B	oui/non	Date :	
Autres			

Régime alimentaire: oui/non

<input type="checkbox"/> Selon indication médicale	
<input type="checkbox"/> Allergies	
<input type="checkbox"/> Autres	

Recommandations particulières !

Date : le2023.

Nom :

Signature et cachet :

Fiche d'observation

Repas :

Mange seul oui non
Utilise cuillère fourchette couteau (sait couper)
Alimentation moulu épaississant limité hypocalorique musulman
Allergie oui non _____
Autres _____

Hygiène :

Se lave seul oui non
Se brosse les dents oui non
Porte des langes non la nuit le jour
Autres _____

Habillement et literie :

Se déshabille seul oui non
S'habille seul oui non
Reconnait ses vêtements oui non
Autres _____

Comportements durant la nuit :

Nécessite lit classique lit à barreau lit médicalisé utilisation ceinture ventrale
Difficulté durant la nuit oui non
Expliquez _____

Comportements affectifs :

En demande d'affection oui _____
Recherche l'attention oui _____
Autres _____

Comportements sexuels :

Comportement sexualisé oui non
Autres _____

Comportement face aux activités :

Participe facilement oui non
Conscience du danger oui non
Activités préférées _____

Comportement face à ses pairs :

Est sociable oui non

Est agressif oui non

Autres _____

Comportement face aux adultes :

Respecte l'autorité oui non

Autres _____

Comportement face à une difficulté :

Peut s'énerver oui non

Autres _____

Comportement face à ses besoins spécifiques :

Demande de l'aide oui non

Autres _____

Motricité fonctionnelle :

Se déplace en marchant en voiturette avec une tribune

Problème d'équilibre oui non

Se fatigue vite oui non

Peut fuguer oui non

Expliquez _____

Motricité fine :

Boutonne ses vêtements oui non

Fait ses lacets oui non

Autres _____

Représentation dans le temps et l'espace :

Comprend avant / après oui non

Comprend en dessous / au-dessus oui non

Autres _____

Communication :

S'exprime par la parole oui non

Autres _____

Compréhension :

Comprend un message oral oui non

Autres _____

Informations importantes à conserver

- Documents à nous fournir pour compléter le dossier :
 - Vignettes de mutuelle
 - Photocopie de la carte d'identité de l'élève interne
 - Photocopie de la carte d'identité du responsable légal
 - A défaut le document eID (lecteur de carte d'identité) ou une composition de ménage (document délivré par l'Administration communale)
 - Attestations de fréquentation et orientation scolaires.
 - Prescriptions médicales

- Les entrées et sorties de l'établissement ont lieu à des moments précis que nous vous demandons de respecter :

<u>Du lundi au jeudi</u>	<u>Le vendredi</u>	<u>Du samedi au dimanche et congé scolaire</u>
16h30-17h00	15h30-17h45	9h00-10h00
19H30-20H30	18h30-19h30	18h30-19h30

- De manière générale, vous pouvez joindre le bureau de l'administrateur, le secrétariat, le service social et le service de comptabilité du lundi au vendredi de 9H à 16H. Le secrétariat est aussi accessible le dimanche de 14H à 18H30. Le travail principal du personnel paramédical et éducatif est de s'occuper des enfants, les infirmières et éducateurs n'ont pas toujours la possibilité de répondre au téléphone. Néanmoins, vous pouvez joindre l'infirmerie le matin entre 10H et 11H et le soir entre 19H30 et 20H30. Un répondeur est disponible et nous vous rappelons dès que possible.
- En ce qui concerne les maladies contagieuses, le retour de l'élève à l'internat est subordonné à un certificat de guérison signé par le médecin.
- Les médicaments ne sont administrés que sur base d'une prescription médicale rédigée et signée par le médecin.
- Un cahier de communication (liaison entre la famille et l'internat) sera signé chaque semaine par le(la) responsable et remis à l'internat.
- La valise de votre enfant fait l'objet de toute notre attention. Toutefois, il se peut encore hélas que l'un ou l'autre objet ou vêtement lui appartenant disparaisse inexplicablement. Tous les **vêtements ou objets doivent être nominés afin de les retrouver plus facilement.**
- En principe et sauf cas ou situation exceptionnelle, **il n'y a pas de lessive à l'internat.** Le contenu de la valise de votre enfant est donc très important.
- Il y a lieu, selon la durée du séjour de votre enfant, de prévoir :
 - **une trousse de toilette** contenant : savon, gel douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, gobelet, déodorant, peigne, eau de toilette, coupe-ongles, thermomètre, mouchoirs... **Son contenu doit être vérifié à chaque retour.**
 - **une tenue complète, ADAPTÉE À LA SAISON, par jour et par nuit** (linge de corps, chaussettes, pyjamas, pantalons, pulls, t-shirt, ...)
 - un peignoir et une paire de pantoufles
 - une tenue de sport au minimum et un maillot de bain + bonnet
 - 2 paires de chaussures, bottes (ou bottines), chaussures de gym/sport
 - **selon la saison** : gants, bonnet, manteau, écharpe, casquette, crème solaire
 - Vous ne devez pas mettre en valise d'essuies ou de gants de toilette ni de draps de lit, un appel à fonds perdu aura lieu annuellement.