



PARTENAIRE POUR L'AVENIR !

## **DOSSIER D'ACCÈS AUX STAGES**

Pour tous les élèves inscrits en 5<sup>ème</sup> année ainsi que pour tous les élèves de 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> années venant d'un autre établissement scolaire.

### Sections concernées :

- Aide-familial(e)
- Aide-soignant(e)
- Animateur/trice



**À REMETTRE À M<sup>me</sup> MASSART**

**LE 16 SEPTEMBRE 2019**

Madame, Monsieur, Cher élève,

Afin d'accéder aux stages requis durant la formation, la législation mentionne des obligations auxquelles les stagiaires doivent se conformer.

Nous vous invitons à compléter ce dossier en réalisant diverses démarches expliquées ci-après.

Compte tenu de l'importance des stages, nous vous invitons à prendre très rapidement, les dispositions nécessaires pour être en ordre.

Ce dossier est à remettre pour le **16 septembre 2019 au grand complet à M<sup>me</sup> Massart lors de l'animation donnée par le Service de Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE).**

Il est composé de trois parties à savoir :

- ✓ Une partie à compléter par l'élève majeur ou le responsable légal (élève mineur) ;
- ✓ Une partie à compléter avec le médecin traitant ;
- ✓ Un extrait de casier judiciaire à demander.

Tant que l'élève ne remet pas tous les documents requis, il ne sera pas en règle avec la législation et ne pourra être vu par le service externe de prévention et de protection au travail (SPMT Arista) et donc l'accès au stage lui sera refusé.

Recevez, Madame, Monsieur, Cher élève, nos sentiments les meilleurs. Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Pour l'établissement scolaire, avec la collaboration des partenaires.





# IMSTAM scrl

Intercommunale médico-sociale de Wallonie Picarde

**Promotion de la Santé à l'Ecole**

**P.S.E. n°5641**

Verte Chasse, 7

7600 PERUWELZ

Tél. : 069/77 95 40

E-mail : [pse.peruwelz@imstam.be](mailto:pse.peruwelz@imstam.be)

A l'attention des élèves de

5<sup>ème</sup> - 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> AFS

5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> Animation

## **Objet : Dépistage tuberculose**

Chers parents,

Monsieur,

Mademoiselle,

Durant l'année scolaire, votre enfant ou vous-même réalisera des stages en milieu hospitalier ou paramédical. De ce fait, la législation impose un dépistage de la tuberculose (intradermo) pour les élèves inscrits.

En début de chaque année scolaire, un dépistage aura lieu.

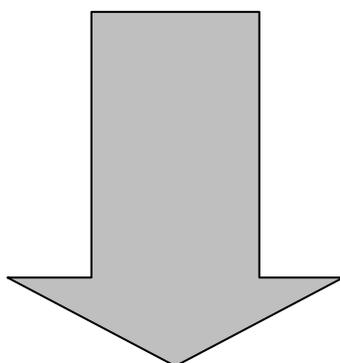
La tutelle médicale pour l'Athénée de Leuze est assurée par le service de Promotion de la santé à l'école IMSTAM.

Nous vous remercions de votre attention et restons à votre disposition pour des renseignements complémentaires.

Le médecin

Docteur DELBECQ

**À COMPLÉTER PAR  
L'ÉLÈVE MAJEUR  
OU LE RESPONSABLE  
LÉGAL DE L'ÉLÈVE  
MINEUR**





Ce questionnaire est couvert par le secret médical.

## Administratif

N° registre national :	Ecole :
Nom + prénom :	Adresse école :
Domicile :	Formation :
Tél/gsm :	Médecin de famille :
E-mail :	(nom/commune)
Sexe :	

## Médical

	Non	Oui
Etes-vous en bonne santé ? Si non, de quoi souffrez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Avez-vous consulté un médecin au cours de l'année passée ? Si oui, pourquoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Avez-vous une invalidité ou un défaut physique ? Si oui, lequel(le) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Avez-vous déjà été opéré ? Si oui, de quoi et quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Avez-vous déjà eu un accident avec blessures ? Si oui, quel type d'accident et quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Fumez-vous ? Si oui, combien et depuis combien de temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de verres par jour ? Et quel alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Consommez-vous des drogues ? Si oui, lesquelles et à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Pratiquez-vous un sport ? Si oui, lequel et à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		
Pour les femmes : êtes-vous enceinte en ce moment ? Si oui, date prévue de l'accouchement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ .....		

Remarques

## Vaccinations

## Date dernière vaccination

Tétanos ...../...../.....  
 Hépatite A ...../...../.....  
 Hépatite B ...../...../.....

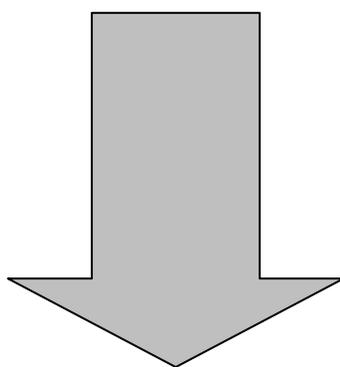
Je déclare avoir rempli ce questionnaire conformément à la vérité.  
 J'emporte les documents importants (carte de vaccination, rapports médicaux).

Date  
 ...../...../.....

Signature



À COMPLÉTER PAR LE  
MÉDECIN TRAITANT



Date :

N° de client :

N° de registre national :

Concerne : statut immunitaire stagiaire (obligation légale)

Cher Confrère,

Nous verrons bientôt Monsieur/Madame dans le cadre d'un stage dans le secteur des soins de santé et devons dès lors être informés de son statut immunitaire (Hépatite B). **C'est en effet une obligation légale.**

Si vous ne disposez pas d'une preuve d'immunité suffisante de l'intéressé (Taux d'anticorps HBs >10 UI/L), nous vous prions de bien vouloir réaliser l'analyse suivante et de communiquer le résultat au stagiaire :

**Dosage anticorps anti-HBs (anticorps surface)**

**Le stagiaire DOIT emmener ces résultats lors de l'examen médical préalable aux stages** et est tenu de toujours pouvoir présenter ce résultat (p.ex. au moment d'expositions accidentelles au sang). Si le stagiaire n'emmène pas ces résultats lors de la visite médicale préalable aux stages, il/elle **ne sera pas vu en consultation** et dès lors, **risque de NE PAS pouvoir entamer ses stages.**

Si nécessaire, le médecin du travail complétera le schéma de vaccins.

**Remarque importante** : Les frais de ce dosage sont à charge de l'intéressé. **Nous vous déconseillons également de vacciner votre patient(e) préalablement à sa visite médicale car les frais de cette vaccination NE seraient PAS remboursés et seraient donc à charge du stagiaire !**

Avec nos salutations confraternelles.

Le conseiller en prévention-médecin du travail

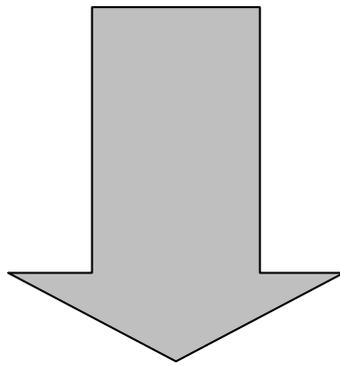
Dr.

Adresse  
Tél.

Signature

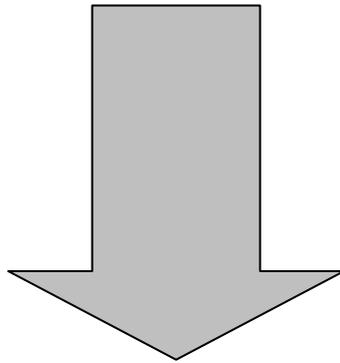


# GLISSER ICI, SVP :



- Les COPIES de vaccinations (carnet et/ou carte)
- Les RÉSULTATS de prise de sang (qui sont transmis au SPMT ARISTA)

# À DEMANDER :



# UN EXTRAIT DU CASIER JUDICIAIRE

- **En Belgique, à l'administration communale du domicile → MODÈLE 596-2**
- **En France, au Ministère de la justice → BULLETIN 3**

Ce modèle est destiné à l'exercice d'une « activité qui relève de l'éducation, de la guidance psycho-médico-sociale, de l'aide à la jeunesse, de la protection infantile, de l'animation ou de l'encadrement de mineurs ».

# CHECK-LIST COMPLÉTÉE PAR L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE : 2019-2020

Nom – Prénom :

CLASSE :

- Fiche signalétique
- Questionnaire remis à la médecine du travail (SPMT-Arista)
- Copies de la carte de vaccinations ou du carnet de santé
- Résultats IDR ou Rx thorax reçus par le SPSE et remis à la médecine du travail (SPMT-Arista)
- Résultats de prise de sang (immunité Hépatite B) remis à la médecine du travail (SPMT-Arista)
- Extrait du casier judiciaire
- Formulaire d'évaluation de santé reçu après la visite au SPMT- Arista**
- Feu vert délivré**     **Signature de l'élève**

👉 Dossier d'accès au  
stage remis complet et  
démarches médicales  
réalisées

=

Feu vert\* délivré pour  
débuter les stages.

\* Le feu vert comprend la photocopie du formulaire d'évaluation de santé ainsi que les documents nécessaires à l'accès aux stages. Ce feu vert est indispensable à chaque stage.