



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.

Section : Puériculteur/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> Puériculture

## **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.

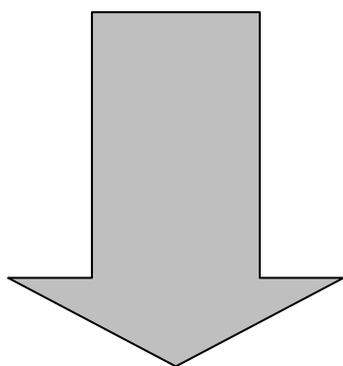
La tutelle médicale pour l'Athénée de Leuze est assurée par le service de Promotion de la santé à l'école IMSTAM.

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 ...../...../.....

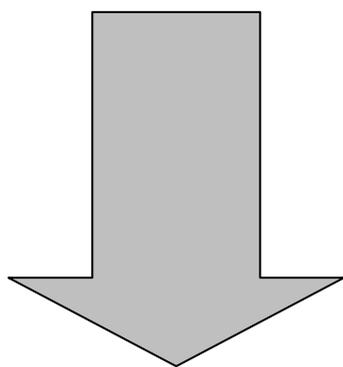
Je déclare avoir rempli ce questionnaire conformément à la vérité.  
 J'emporte les documents importants (carte de vaccination, rapports médicaux).

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

Signature



À COMPLÉTER PAR LE  
MÉDECIN TRAITANT



# CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

SECONDAIRE – LOI 26242 (A.Gt 06-09-2001)

Je soussigné \_\_\_\_\_ docteur en médecine, certifie avoir personnellement examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur (\*),

\_\_\_\_\_ et ne lui avoir décelé aucune pathologie durable susceptible de compromettre l'accomplissement normal des stages prévus au cours de ses études de puériculture ou d'aspirant/aspirante en nursing (\*), de s'aggraver à cette occasion ou de mettre en danger la sécurité des personnes qu'il (elle) sera amené (e) à fréquenter sur les lieux de leur déroulement.

(\* ) biffer les mentions inutiles

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet :

**À l'attention du médecin examinateur :** Chaque élève qui sollicite son inscription aux cours des études susvisées est tenu de remettre le certificat ci-dessus. L'objectif poursuivi par cette obligation est d'arrêter en temps utiles un (e) élève dont l'état de santé est incompatible avec l'accomplissement normal des stages prévus au programme. Il est important de noter que l'accomplissement normal des stages implique la possession des mêmes moyens physiques et psychiques que ceux nécessaires à l'exercice de la profession de puériculteur/puéricultrice . Le caractère évolutif des affections peut naturellement être pris en compte, de même que la qualité de la réponse aux traitements visant à équilibrer certaines d'entre elles. Les pathologies de courte durée ne doivent pas être prises en considération, même si elles font l'objet de mesures d'éviction temporaires.



***Ce document est demandé en début de formation.***



*Ce document est demandé annuellement.*



# CERTIFICAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DESTINÉ À L'ACCUEIL D'ENFANTS (DE 0 À 6 ANS)

Je soussigné(e), docteur

Certifie qu'au moment de l'examen et en fonction des éléments portés à ma connaissance,

Date de naissance :

Adresse :

Fonction :

ne présente :

aucun signe d'affection physique ou psychique susceptible de représenter un danger pour les enfants accueillis<sup>1</sup>.

aucune inaptitude à prendre en charge des enfants en bas âge. <sup>2</sup>

\*Je souhaite un avis complémentaire par un médecin spécialiste en

Date

signature

cachet

**Voir les points d'attention pour l'aide à la rédaction du certificat au verso**

<sup>1</sup> À compléter pour :

- chaque membre du personnel d'un milieu d'accueil ainsi que pour toutes personnes appelées à être en contact fréquent avec les enfants accueillis
- chaque accueillant (m/f) d'enfants
- toute personne de plus de 15 ans faisant partie du ménage de l'accueillant (m/f).

<sup>2</sup> À compléter uniquement pour le professionnel de l'enfance : accueillant, puéricultrice (m/f) etc

## EXTRAIT DU REGLEMENT ONE RELATIF A L'AUTORISATION D'ACCUEIL

L'article 24 du Règlement du 25 janvier 2017 de l'ONE, relatif à l'autorisation d'accueil, tel qu'approuvé par le Gouvernement de la Communauté française, en date du 1er février 2017 stipule que :

- le membre du personnel d'un milieu d'accueil
- l'accueillante (m/f)
- les personnes de plus de 15 ans faisant partie du ménage de l'accueillante
- les personnes appelées à être en contact fréquent avec les enfants accueillis

doivent fournir à l'ONE un certificat médical (à la demande d'autorisation et renouvelé annuellement) attestant qu'au moment de l'examen, il n'existe aucun signe d'affection physique ou psychique susceptible de présenter un danger pour les enfants accueillis.

## POINTS D'ATTENTION POUR L'AIDE À LA RÉDACTION DU CERTIFICAT

L'accueil d'enfants en bas âge ne s'improvise pas et requiert de multiples compétences ainsi qu'un bon état de santé physique et psychique afin de :

- Etablir une relation privilégiée avec l'enfant en lui assurant une sécurité affective, psychologique et physique
- Garantir les besoins premiers de l'enfant : repas, hygiène, repos, sécurité, expression des émotions
- Adapter ses modes d'agir pour rencontrer au mieux les besoins de chaque enfant
- Contribuer à son développement cognitif et sensori-moteur ainsi qu'à l'acquisition de son autonomie.

États de santé rendant incompatible l'accueil d'enfants :

- Maladies infectieuses en phase de contagiosité
- Problèmes physiques (ex. : affections ostéo articulaires) ou sensoriels (ex. : déficit visuel ou auditif non corrigé) limitant les possibilités de soins ou l'accompagnement des activités de l'enfant
- Maladies pouvant entraîner des pertes de connaissance (ex. : épilepsie ou diabète mal contrôlés)
- Affections psychiques *et troubles de la personnalité, dépression grave*
- Assuétudes.

**!!!** *Certaines affections peuvent s'avérer spécialement problématiques lorsqu'une accueillante est amenée à travailler seule à son domicile.*

# PREUVE DE L'ÉTAT D'IMMUNITÉ CONTRE LA RUBÉOLE

À compléter par le médecin pour chaque membre du personnel, de même que pour toute personne qui (de sexe féminin en âge de procréer) appelée à être en contact régulier avec les enfants accueillis.

Je soussigné, Docteur en médecine,

certifie que

Madame/Mademoiselle.

Date de naissance :

Adresse :

est immunisée contre la rubéole.

Nom du médecin:

Date :

Signature :

Cachet du médecin

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.

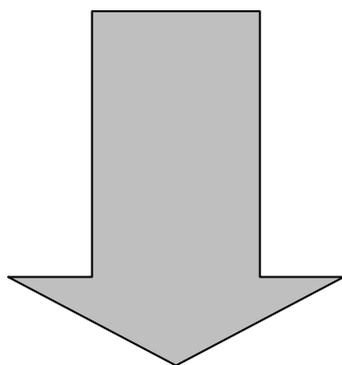
Le conseiller en prévention-médecin du travail

Dr.

Adresse  
Tél.

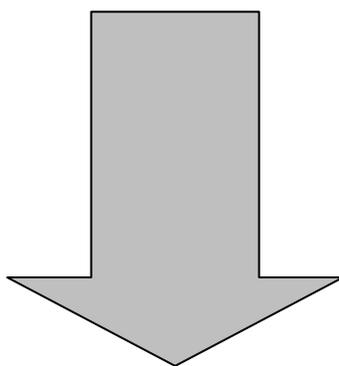
Signature

# 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)
- Certificat médical d'aptitude
  - Certificat de santé physique et psychique (ONE)***
    - 5ème***
    - 6ème***
    - 7ème***
  - Preuve de l'état d'immunité contre la rubéole (ONE)***
- 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.