



# PROTECTION MÉDICALE DES ÉLÈVES ET ÉTUDIANTS STAGIAIRES

## Les sections concernées sont :

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



À REMETTRE  
LE 17 SEPTEMBRE 2018.

Madame, Monsieur, Cher élève,

Afin d'accéder aux stages requis durant la formation, en ce qui concerne la protection médicale, la législation mentionne des obligations auxquelles les stagiaires doivent se conformer.

C'est pourquoi, nous vous invitons à compléter ce dossier en réalisant diverses démarches bien expliquées ci-après !

Il est à remettre pour **le lundi 17 septembre 2018 au grand complet**, à savoir comportant les documents suivants :

1. Fiche signalétique
2. Autorisation destinée à la médecine scolaire (SPSE IMSTAM)
3. Questionnaire destiné à la médecine du travail (SPMT ARISTA)
4. Certificat médical d'aptitude physique et psychique + ONE\*
5. Résultats de prise de sang (dosage anticorps contre l'hépatite B)
6. Vaccinations + Copie de la carte de vaccinations ou du carnet de santé
7. Extrait de casier judiciaire - Modèle 596-2

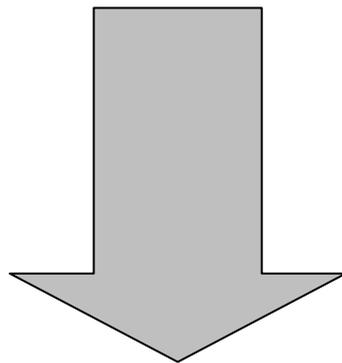
Cette remise complète du dossier permet ensuite de prendre les dispositions en matière d'examens médicaux préalables ainsi que la mise en ordre vaccinale.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

L'Athénée provincial de Leuze

\* Document ONE : uniquement pour la section puériculture.

**À COMPLÉTER PAR VOUS-MÊME**



# FICHE SIGNALÉTIQUE

*Ce document à remplir en lettre MAJUSCULE,*

**NOM DE L'ÉLÈVE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PRÉNOM**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Coller votre photo

**NATIONALITÉ**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**SEXE**

<b>M</b>	<b>F</b>
----------	----------

**DATE DE NAISSANCE**

		/			/														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**N° REGISTRE NATIONAL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**N° TÉLÉPHONE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ÉLÈVE MINEUR**

**NOM DU RESPONSABLE LÉGAL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**N° TÉLÉPHONE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## AUTORISATION

Dans le cadre des obligations à la fréquentation des stages en section paramédicale, l'élève a l'obligation d'un calendrier vaccinal en ordre contre :

- Hépatite B (et hépatite A éventuellement souhaitée)
- RRO (Rougeole-Rubéole-Oreillons)
- Tétanos
- Intradermo-réaction (vérification contre la Tuberculose) négatives ou des résultats corrects de radiographie de thorax.

**Par la présente vous AUTORISEZ le service de médecine scolaire (SPSE) à effectuer les intradermo-réactions requises durant la durée de formation, ainsi que le médecin du travail (Arista) à vérifier par la prise de sang l'immunité HépatiteB et à compléter, si nécessaire, les doses manquantes.**

**Nom et prénom de l'élève :**

-----

**Nom du tuteur légal si l'élève est mineur :**

-----

**Date et signature :**

-----

Toutes les personnes qui participent à l'organisation du programme de vaccination se sont engagées à se conformer à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements des données à caractère personnel (et à ses arrêtes d'exécutions) ainsi qu'aux dispositions relatives au secret professionnel et médical.(SPSE)

## 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 ?  Non  Oui  
 → .....

Avez-vous consulté un médecin au cours de l'année passée ? Si oui, pourquoi ?  Non  Oui  
 → .....

Avez-vous une invalidité ou un défaut physique ? Si oui, lequel(le) ?  Non  Oui  
 → .....

Avez-vous déjà été opéré ? Si oui, de quoi et quand ?  Non  Oui  
 → .....

Avez-vous déjà eu un accident avec blessures ? Si oui, quel type d'accident et quand ?  Non  Oui  
 → .....

Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?  Non  Oui  
 → .....

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?  Non  Oui  
 → .....

Fumez-vous ? Si oui, combien et depuis combien de temps ?  Non  Oui  
 → .....

Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de verres par jour? Et quel alcool ?  Non  Oui  
 → .....

Consommez-vous des drogues ? Si oui, lesquelles et à quelle fréquence ?  Non  Oui  
 → .....

Pratiquez-vous un sport ? Si oui, lequel et à quelle fréquence ?  Non  Oui  
 → .....

Pour les femmes : êtes-vous enceinte en ce moment ? Si oui, date prévue de l'accouchement ?  Non  Oui  
 → .....

Remarques

## Vaccinations

### Date dernière vaccination

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

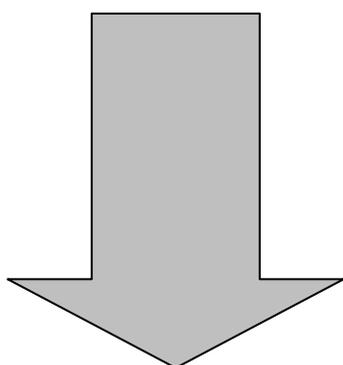
Je déclare avoir rempli ce questionnaire conformément à la vérité.  
 J'emporte les documents importants (carte de vaccination, rapports médicaux).

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

Signature



**À COMPLÉTER PAR LE  
MÉDECIN TRAITANT**



# CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

## PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

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

(Nom de l'élève) \_\_\_\_\_ et ne lui avoir décelé aucune pathologie durable susceptible de compromettre l'accomplissement normal des stages prévus au cours de ses études, 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.

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 sera demandé chaque année.**



**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,

Madame/Monsieur

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

<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
- toutes personnes 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.

Complémentaire à cette attestation, l'ONE peut également exiger qu'un certificat complémentaire soit établi par un médecin spécialiste.

## 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.*

# VACCINATIONS – RÉSULTATS de PRISE de SANG

## Et copie de la carte de vaccination ou carnet de santé

**Nom et prénom de l'élève :**

---

Dans le cadre des obligations à la fréquentation des stages, l'élève a l'obligation d'avoir un calendrier vaccinal en ordre contre :

- RRO (Rougeole-Rubéole-Oreillons)
- Tétanos
- Hépatite B (et hépatite A éventuellement souhaitée)

---



---

	RRO	Tétanos	HÉPATITE B
<b>1<sup>ère</sup> dose</b>		Dernière dose :	
<b>2<sup>ème</sup> dose</b>		////////////////	
<b>3<sup>ème</sup> dose</b>	////////////////	////////////////	



Si l'élève ne possède plus les dates et rappels de vaccination, **une prise de sang prouvant les immunités** requises, est à fournir.

Prise de sang  
**OBLIGATOIRE** avec  
dosage d'anticorps  
contre l'hépatite B  
(dosage Ac anti-  
HBs)

Les résultats de sa prise de sang sont à présenter au médecin du travail de Spmt-Arista en début septembre.

**Date, signature et cachet du médecin :**

---

Si l'élève n'est pas vacciné contre l'Hépatite, la prise en charge peut se faire gratuitement par la médecine du travail ou à votre charge chez votre médecin traitant.

A l'attention du 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

**Service Externe de Prévention et de Protection au Travail**

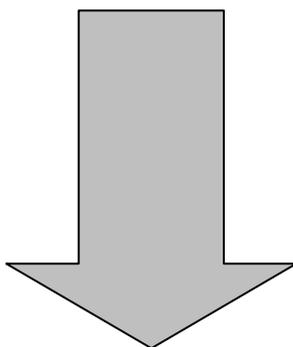
**spmt arista** ASBL · Siège social : Rue Royale 196 - 1000 Bruxelles

T. +32 (0)2 533 74 11 · F. +32 (0)2 538 79 32 · [info@spmt-arista.be](mailto:info@spmt-arista.be) · [www.spmt-arista.be](http://www.spmt-arista.be)

FOR\_FR\_MED\_025 · V2\_25/05/2018



# À DEMANDER AUPRÈS DE L'ADMINISTRATION COMMUNALE



## **EXTRAIT CASIER JUDICIAIRE MODÈLE 596-2**

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 »



***Si l'établissement scolaire l'estime nécessaire, ce document sera demandé à nouveau durant la formation.***

Madame, Monsieur, Cher élève,

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

Tant que l'élève ne remet pas tous les documents requis, il ne sera pas en règle avec la législation et **l'accès au stage lui sera refusé.**



**Documents complétés et remis = Feu vert pour les stages**

Prochainement, toutes les directives ainsi que le carnet de stage seront remis et expliqués par le moniteur/la monitrice de l'école. Celui-ci contient les documents ci-dessous à lire **obligatoirement** avant de commencer le stage :

- Le règlement de stage (Planification des stages - L'élève en stage - Évaluation du stage - Absence en stage - Situations particulières - Secret professionnel - Engagement de l'élève).
- Le point 3 du règlement des études de la Province de Hainaut
- La convention de stage.

Recevez, Madame, Monsieur, Cher élève, nos sentiments les meilleurs.

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