

**ANNEE SCOLAIRE 20.....-20.....**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 4<sup>ème</sup> DEGRE**

(1) Biffer la mention inutile

**Nom et Prénom de l'élève** : .....

**Classe** : .....

**SORTIES DES ELEVES :**

Nous rappelons que l'assurance n'intervient que sur le trajet normal que les assurés doivent parcourir pour se rendre de leur domicile au lieu où se déroulent les activités scolaires et inversement, c'est-à-dire uniquement à l'aller et au retour, selon l'horaire de cours.

En dehors des heures normales de fin de journée, **un élève ne peut quitter l'école sans autorisation.**

L'école est ouverte de 8h00 à 16h30. Tout élève qui se trouverait sur le site de l'école AVANT ou APRES ne bénéficie d'aucune assurance scolaire. Si le licenciement est autorisé par les parents, l'élève sort de l'école sauf demande expresse écrite des parents. Dans ce cas, l'élève doit **obligatoirement** se trouver à l'étude.

**1) Heure de table (de 12h00 à 12h50) + temps de midi prolongé (la ou les heures entourant celle-ci).**

**Demande de sortie pendant l'heure de table & temps de midi prolongé pour les élèves mineurs :**

Je soussigné, ..... père, mère, tuteur,  
personne responsable (1) de l'élève .....

**Autorise (1)**

**N'autorise pas (1)**

mon fils/ma fille(1) à sortir pendant l'heure de table et la ou les heures entourant celle-ci (lors de l'absence de professeurs) s'il est en possession de sa carte de sortie. Le licenciement sera noté au journal de classe et signé par l'éducateur ou un responsable de l'école.

**2) Licenciement en début, en cours ou en fin de journée**

Tout licenciement sera noté au journal de classe et signé par l'éducateur ou un responsable de l'école.

**Autorisation de licenciement pour les élèves mineurs :**

Je soussigné, ..... père, mère, tuteur,  
personne responsable (1) de l'élève .....

**Autorise (1)**

**N'autorise pas (1)**

mon fils/ma fille (1) à être licencié(e) en cas d'absence d'un professeur.

Signature de l'élève mineur

Signature de la personne responsable ou de l'élève majeur



ANNEE SCOLAIRE 20.....-20.....

**ATTESTATION CONCERNANT LES ACCIDENTS NUCLEAIRES**

(1) Biffer les mentions inutiles

**Nom de l'élève** : .....  
**Prénom de l'élève** : .....  
**Classe** : .....

**Pour les élèves mineurs :**

Je soussigné.....  
père, mère, tuteur, personne responsable (1)

Autorise (1)
N'autorise pas (1)

l'élève (nom-prénom) : .....  
à recevoir les comprimés d'iode en cas de nécessité.

Signature de la personne responsable,

Fait à.....

le .....

**Pour les élèves majeurs :**

Je soussigné.....  
élève majeur

Autorise (1)
N'autorise pas (1)

l'école à me donner les comprimés d'iode en cas de nécessité.

Signature de l'élève majeur ,

Fait à.....

le .....

**ANNEE SCOLAIRE 20.....-20.....**

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**Pour le 1<sup>er</sup> degré commun uniquement !**

**CHOIX DES OPTIONS: Cocher la mention adéquate**

1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>
<input type="checkbox"/> <b>Commune</b>  <u>Option:</u> (cocher le choix d'option) <input type="checkbox"/> <i>Activités scientifiques</i> <input type="checkbox"/> <i>Education familiale et sociale</i>	<input type="checkbox"/> <b>Commune</b> <u>Option:</u> (cocher le choix d'option) <input type="checkbox"/> <i>Activités scientifiques</i> <input type="checkbox"/> <i>Education familiale et sociale</i> <input type="checkbox"/> <i>Travaux sur ordinateur</i>
<input type="checkbox"/> <b>Commune</b>  <u>Option:</u> (cocher le choix d'option) <input type="checkbox"/> <i>Activités scientifiques</i> <input type="checkbox"/> <i>Education familiale et sociale</i>	<input type="checkbox"/> <b>Supplémentaire</b> <u>Option 1:</u> (cocher le choix d'option) <input type="checkbox"/> <i>Activités scientifiques</i> <input type="checkbox"/> <i>Activités mathématiques</i>  <u>Option 2:</u> (cocher le choix d'option) <input type="checkbox"/> <i>Activités littéraires</i> <input type="checkbox"/> <i>Activités complémentaires Anglais / Néerlandais</i>

**Pour le 3<sup>ème</sup> degré uniquement !**

**Cocher les mentions adéquates**

Demande de dispense des cours généraux (CESS à rendre au secrétariat élèves !)		
<input type="checkbox"/> 5 <sup>ème</sup>	<input type="checkbox"/> 6 <sup>ème</sup>	<input type="checkbox"/> 7 <sup>ème</sup>

**Pour tous si concernés uniquement !**

Minerval (pour les élèves étrangers hors Europe et sans permis de séjour)	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Equivalence (pour les élèves avec diplôme étranger)	
<input type="checkbox"/> Octroyée Date d'octroi : .....	<input type="checkbox"/> En cours Date de la demande : .....

**Date :** .....

Signature de l'élève mineur

Signature de la personne responsable ou de l'élève majeur



## Institut Provincial d'Enseignement Secondaire Paramédical « La Samaritaine »

Enseignement mixte

Rue de la Samaritaine, 14 - 6061 CHARLEROI (Montignies-sur-Sambre) | Tél : 071 488 266 - Fax : 071 489 099

[www.hainaut.be](http://www.hainaut.be)

ANNEE SCOLAIRE 20.....-20.....

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**D'aptitude physique et psychologique aux études d'infirmier(ère)**

\* biffer les mentions inutiles

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 d'infirmier(e), de s'aggraver à cette occasion ou de mettre en danger la sécurité des personnes qu'il (elle) sera amené(e) à fréquenter.

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin.

Merci de votre collaboration.

La Directrice  
Mme S. CHARDOME

**ANNEE SCOLAIRE 20.....-20.....**

## FICHE DE VACCINATION

*Attention : les élèves qui ne sont pas en ordre de vaccinations seront écarté(e)s des stages.*

Nom de l'élève : .....

Prénom(s) de l'élève : .....

Lieu et date de naissance : .....

Section : .....

### 1. Vaccinations requises par les centres de stages :

- ✓ Hépatite B
- ✓ Tétanos de moins de 10 ans
- ✓ RRO (rougeole, rubéole, oreillons) + **RAPPEL RUBEOLE** (en fonction du dosage d'anticorps dans la prise de sang)

Veillez indiquer la date de la vaccination, joindre une photocopie de la carte de vaccination en ordre et de la prise de sang reprenant le dosage d'anticorps pour l'hépatite B et la rubéole.

	Polio	Diphtérie Tétanos	Hépatite B	R.R.O
1 <sup>ère</sup> inj.				
2 <sup>ème</sup> inj.				
3 <sup>ème</sup> inj.				
Rappel				

### 2. Intradermo réaction : obligatoire

- ✓ Sera réalisée par le centre PSE en début d'année scolaire

### 3. Vaccination contre l'Hépatite B : obligatoire

L'élève doit effectuer une prise de sang par le médecin généraliste pendant les vacances scolaires ou pendant la première semaine de l'année scolaire (mesure des anticorps contre l'hépatite B).

Si l'élève n'a pas été vacciné, il bénéficiera de la prise en charge de la vaccination par l'organisme de Service Externe de Prévention et de Protection au Travail.

Il est déconseillé de commencer la vaccination préalablement à la visite médicale car les frais de cette vaccination ne seront pas remboursés et seront donc à charge de l'élève.

Cachet du médecin

Date et signature