Etablissement d'enseignement fondamental spécialisé
"La Marelle"
Rue Velbruck, 22
4540 Amay
Tel : 085/31.23.56 Fax : 085/31.15.04
Mail : fondamentalspecialiseamay@outlook.be

WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT

Fiche d'inscription

Nom	.....	**Prénom**	.....

Domicile ☐Parents ☐Papa ☐Maman	....

Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
.....	.....	.....

Sexe	.....	**Registre national**	.....

Deuxième adresse éventuelle	....

Responsable	.....
Adresse mail	.....
N° compte	.....

Téléphone privé	Téléphone bureau	GSM maman	GSM papa
.....	.....	.....	.....

Nom et adresse du médecin traitant	....

Dernière école fréquentée	.....
Année	.....

Situation PMS	En ordre : attestation jointe → type ..... Documents à demander à ..... Rendez-vous demandé à ..... Rendez-vous à demander à .....

Cours philosophiques	.....

Transport	.....

Plan nucléaire	.....

Droit à l'image	.....

Date d'entrée	Date de sortie
.....	.....

Fait à Amay, le .....

Signature :

Fiche médicale

Nom et prénom de l'enfant : .....

Groupe sanguin :

Numéros en cas d'urgence :

Allergies ou ... :

Intervention chirurgicale :

Prise quotidienne de médicaments : oui non

Si oui, lesquels ?

Suivi logopédique : jamais avant actuellement bientôt

Autres suivis :

Par la présente, j'autorise l'équipe de La Marelle à prendre les mesures indispensables pour la santé et la sécurité de mon enfant et d'apporter les soins médicaux nécessaires soit par le médecin de tutelle soit en faisant appel au 112.

En cas de petits "bobos", les médicaments suivants peuvent être donnés à mon enfant : antidouleur, anti-fièvre, buscopan, pommade pour coups et blessures.

Merci de signaler toutes allergies médicamenteuses connues

Signature : père mère autre

1) Nom et prénom du médecin traitant : (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Adresse du médecin traitant :

2) Nom et prénom de la victime :

Adresse de la victime :

3) Date de l'accident :

4) Date et heure du premier examen médical : h

5) Lésions : (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)

6) Où la victime est-elle soignée ?

7) La victime peut-elle se déplacer ? ◯ Oui ◯ Non

8) Durée probable du traitement :

9) Conséquences probables de l'accident :

10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 5 ? ◯ Oui ◯ Non

11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, lequel ?

12) A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, laquelle ?

Dans quel établissement et par quel chirurgien ?

B. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? ◯ Oui ◯ Non

Par quel radiologue ?

C. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ? ◯ Oui ◯ Non

13) Observations :

Fait à le

Signature