



**CENTRE DE DEPAYSEMENT ET DE PLEIN AIR**  
**Rue du Chenel, 23**  
**B-6724 MARBEHAN**

Tél. Direction : 063 411327  
Tél. Administration : 063 411381

Fax : 063 412401  
Courriel : [directioncdpacf.marbehan@skynet.be](mailto:directioncdpacf.marbehan@skynet.be)

*Madame la Directrice,*  
*Monsieur le Directeur,*  
*Chers Collègues,*

Afin de nous permettre d'assurer un suivi efficace dans le traitement médical **des enfants qui présentent une maladie grave ou moins connue**, nous vous saurions **gré de bien vouloir nous faire parvenir la copie du dossier médical de ces enfants.**

**Ce dossier (rendu à la fin du séjour) est très important. Le Centre n'acceptera pas d'enfant à problèmes, dont le dossier médical ne serait pas vu et signé par le médecin traitant.**

**Remarque importante :**

**Tout enfant présentant :**

- une affection cardiaque grave avec décompensation,
- une maladie infectieuse avec température,
- une maladie contagieuse ou parasitaire.

**→ Ne sera pas admis.**

Par avance, nous vous remercions de votre aimable collaboration et vous prions de croire, *Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, Chers Collègues*, en l'assurance de nos salutations distinguées.

L'équipe paramédicale du Centre de Marbehan.

**Liste des médicaments de premiers soins à mettre**  
**dans VOTRE trousse médicale pour le séjour**

- *Nurofen ;*
- *Entérol ;*
- *Paracétamol ;*
- *Aspégic ;*
- *Pastilles et spray pour la gorge ;*
- *Sirop pour la toux,...*

*Les désinfectants, sparadraps, pommades... seront à disposition à l'infirmierie du Centre si besoin.*

**Pour rappel :**

*En cas de pédiculose, si le Centre doit acheter un shampoing ou un soin, celui-ci vous sera facturé.*



## Fiche médicale individuelle

A compléter **par les parents** et à faire parvenir au Centre  
**20 jours avant l'arrivée du groupe**

CENTRE DE DÉPAYSEMENT  
ET DE PLEIN AIR MARBEHAN

Cette fiche vous est demandée afin d'assurer un séjour confortable à votre enfant. Tous ces renseignements resteront confidentiels et ne seront transmis qu'au service médical du Centre de Dépaysement.

N'oubliez pas de fournir **sa carte ISI+ et/ou carte d'identité** à votre enfant.

### 1. Renseignements généraux

Nom et prénom de l'enfant : ..... (M – F)

Elève de .....mat/prim/sec

Date de naissance : ..... Poids actuel : .....

Adresse :  
.....

Tél. des parents : .....

Tél. et nom de la personne à prévenir en cas de nécessité :  
.....

Tél. et nom du médecin traitant en cas de maladie et/ou si l'enfant prend un médicament : .....

### 2. Renseignements médicaux

!!! (\*) Barrez les mentions inutiles !!!

Date de la dernière vaccination contre le tétanos : ...../...../.....

Votre enfant présente-t-il un problème de santé particulier ? OUI NON : (\*)

Si oui, lequel ? .....

Votre enfant peut-il sans inconvénient participer à des activités sportives de son âge ? OUI NON (\*)

Si non, pourquoi ? .....

Votre enfant présente-t-il des sensibilités ou allergies particulières ? OUI NON : (\*)

Si oui, laquelle (lesquelles) ? .....

**Pour les allergies alimentaires, merci de faire compléter la seconde partie et fournir une copie du certificat médical avec le détail des aliments interdits**

En cas de petites blessures ou inconvénients bénins, j'autorise le responsable du Centre à donner du :

*Nurofen, Entérol, Paracétamol, Aspégic, Pastilles et spray pour la gorge, Sirop pour la toux, ....*

***J'autorise le personnel responsable à prendre les dispositions qu'il jugera nécessaires pour consulter un médecin sur place ou faire choix d'un établissement hospitalier.***

***J'autorise également toute intervention chirurgicale qui s'imposerait en cas d'extrême urgence.***

**LU ET APPROUVE et Signature des parents**



***Le Centre s'engage avant toute décision ultime à prendre contact avec :***

***1. Le responsable de l'enfant***

***2. Le directeur de l'école.***



CENTRE DE DEPAYSEMENT  
ET DE PLEIN AIR MARBEHAN

## Fiche médicale individuelle complémentaire

A compléter **par le médecin traitant en cas de besoin**  
et à faire parvenir au Centre  
**20 jours avant l'arrivée du groupe**

Nom et prénom de l'enfant : .....(M – F)

**Attention :** Si votre enfant n'a pas de traitements particuliers,  
merci d'y noter la mention **« NEANT » et de signer le document.**

### 1. Médication - traitement

Votre enfant prend-il des médicaments ? Si oui, lesquels ?

Dénomination	Fréquence			
	<i>Matin</i>	<i>Midi</i>	<i>Soir</i>	<i>Au coucher</i>

**Important :** Les médicaments nécessitant une ordonnance ne seront donnés au Centre que s'ils sont joints d'une photocopie de la prescription du médecin.

### 2. Régime alimentaire pour raisons médicales

**Joindre obligatoirement un certificat médical avec le détail des aliments interdits)**

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier imposé par un médecin ?

OUI NON (\*)

Si oui, lequel ? .....

### 3. Antécédents chirurgicaux + date de l'opération :

.....

**Note :** Pour son séjour au CDPA, votre enfant doit se munir de la médication nécessaire surtout en cas de crise d'asthme ou d'allergie (même s'il n'a pas eu de crise récente).

Cachet du médecin

Signature du médecin,



**CENTRE DE DÉPAYSEMENT ET DE PLEIN AIR**

Rue du Chenel, 23

B-6724 MARBEHAN

DIRECTION : Tél. : 063 411327 – Fax : 063 412401

ADMINISTRATION : Tél. : 063/41.13.81 – Fax : 063/412409

Courriel : directioncdpacf.marbehan@skynet.be

**Récapitulatif fiches médicales (1 par classe)**

**ECOLE :**

**Classe :**

**Séjour : du ...../...../..... au ...../...../.....**

<i>NOM</i>	<i>PRENOM</i>	<i>PATHOLOGIE</i>	<i>TRAITEMENT</i>	<i>Régime alimentaire (attesté par certificat médical !)</i>

**Ce document, complété par le responsable du groupe, doit nous parvenir  
au moins 20 jours avant le séjour.**



**CENTRE DE DEPAYSEMENT ET DE PLEIN AIR**  
**Rue du Chenel, 23**  
**B-6724 MARBEHAN**  
**DIRECTION : Tél. : 063 411327 – Fax : 063 412401**  
**ADMINISTRATION : Tél. : 063/41.13.81 – Fax : 063/412409**  
Courriel : [directioncdpacf.marbehan@skynet.be](mailto:directioncdpacf.marbehan@skynet.be)

## Les repas

Durant le séjour, vous bénéficierez de 4 repas par jour :

- Un petit déjeuner varié
- Un dîner (complet ou pique-nique en cas de sortie extréieure)
- Un goûter
- Un souper (complet ou pain en fonction des sorties extérieures)



Au sujet des repas complets, **2 choix sont proposés** :

- Un repas traditionnel (avec viande)
- Un repas sans viande (légumes, œufs, poissons)

***Les enfants dont les allergies alimentaires sont attestées par certificat médical auront un repas adapté à leurs besoins.***

***Si il y a une demande spécifique concernant de la viande « halal », « casher »,... il sera d'office proposé un menu sans viande***

Je vous remercie de votre compréhension et collaboration.



ECOLE :

Classe :

*Séjour : du ...../...../..... au ...../...../.....*

### Récapitulatif régimes alimentaires (1 par classe)

CENTRE DE DEPAYSEMENT ET DE PLEIN AIR  
Rue du Chenel, 23  
B-6724 MARBEHAN

DIRECTION : Tél. : 063 411327 – Fax : 063 412401

ADMINISTRATION : Tél. : 063/41.13.81 – Fax : 063/412409

Courriel : directioncdpacf.marbehan@skynet.be

Nombre de repas traditionnel avec viande : ..... dont ..... « sans porc »

Nombre de repas sans viande : .....

Végétarien

Sans lactose (\*)

Sans gluten (\*)

Sans arachides (\*)

autres allergène(s) (\*)

**Prénom**

.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**(\*) Régimes spécifiques ( !! Fournir le certificat médical qui atteste de l'allergie !!)**

Ce document, complété par le responsable du groupe, doit nous parvenir au moins 20 jours avant le séjour.

**Si ce document n'est pas rentré dans les délais, nous ne pourrons pas vous garantir un respect total de ce récapitulatif.**



## Coordonnées

### Des médecins locaux :

Nom : **HUVELLE**  
Prénom : Dominique  
Adresse : 4 rue de la Fontaine  
6724 Marbehan  
Téléphone : 063/41.18.49

Nom : **CRELOT-DEBOCK**  
Prénom : P.  
Adresse : 6 Quartier du Gros  
Terme  
6730 Tintigny  
Téléphone : 063/44.44.87

### Des centres hospitaliers :

#### **Clinique Saint-Joseph**

137 rue des Déportés  
6700 Arlon.

063/23.11.11

#### **Centre hospitalier de l'Ardenne**

35 avenue d'Houffalize  
6800 Libramont

061/23.81.11

### De la pharmacie :

Pharmacie BERG  
12 Grand-rue  
6724 Marbehan  
063/41.01.11