



Centre de Dépaysement et de Plein Air

Rue du Chenel, 23 – 6724 Marbehan

Direction : 063/41.13.27 – Comptabilité : 063/41.13.81

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 et alimentaire des enfants qui seront prochainement en séjour chez nous, veuillez prendre connaissance des informations suivantes :

A faire compléter par la personne responsable de l'enfant :

- 1 Fiche médicale individuelle (*à remettre, par l'enseignant responsable, au personnel paramédical du Centre le 1^{er} jour de votre séjour*).
- 1 Fiche alimentaire.

A faire compléter par le(s) responsable(s) de classe(s) :

- 1 Document récapitulatif « régimes particuliers ».

A nous renvoyer, par voie postale, minimum 20 jours avant le séjour :

- Toutes les fiches alimentaires (enfants et titulaires) + le document récapitulatif.
→ **!!! Joindre obligatoirement le(s) certificat(s) médical (médicaux), ou copie(s), si allergies et/ou si besoins spécifiques de soins infirmiers.**
⇒ *Aucune fiche ne sera imprimée par le Centre → !!! Pas d'envoi par mail.*

Remarques importantes :

Tout enfant présentant une maladie grave ou inconnue, demandant ou non des soins spécifiques infirmiers ou médicaux, ne sera accepté au Centre qu'avec l'accord écrit de son médecin traitant.

Par précaution, nous vous conseillons de vous munir d'une trousse médicale de premiers soins pour votre séjour.

En cas de pédiculose, si le Centre doit acheter un shampoing ou un soin, celui-ci sera facturé à l'école.

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



Fiche médicale individuelle

A compléter par **les parents** et à remettre à l'enseignant de l'enfant pour le séjour
Les renseignements resteront confidentiels et ne seront transmis qu'au service médical du Centre de Marbehan



1. Renseignements généraux

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

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 :

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 ?

Antécédents chirurgicaux + date de l'opération :

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 autres qu'alimentaires ? OUI NON (*)

Si oui, laquelle (lesquelles) ?

3. Médication – Traitement

→ Si votre enfant n'a pas de traitements particuliers, merci de noter « Néant » dans le tableau ci-dessous

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

→ **Votre enfant doit se munir de toute la médication nécessaire.**

→ **Les médicaments nécessitant une ordonnance ne seront donnés au Centre que s'ils sont joints d'une photocopie de la prescription médicale.**

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.

Signature des parents (ou de la personne responsable) précédée de la mention « Lu et approuvé »

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

- Le responsable de l'enfant
- Le directeur de l'école



Chers Parents,

Dans quelques jours, votre enfant participera à une classe de découverte dans notre Centre.

Afin que celle-ci se déroule dans les meilleures conditions possibles, pouvez-vous transmettre la fiche alimentaire ci-jointe à l'enseignant de votre enfant.

Sachez, avant toute chose, que votre enfant ne sera pas forcé à manger un aliment qu'il n'apprécie pas. Veuillez indiquer **les réels problèmes** et leur importance (ex. : les œufs, le lait, ... si c'est uniquement en grosse quantité ou en faible quantité dans des préparations ou des biscuits, ...).

En cas d'allergie alimentaire, ou de problème médical nécessitant un suivi de soin « infirmiers », veuillez fournir le certificat médical qui l'atteste.

Vous pouvez recevoir le menu de la semaine sur demande pour un contrôle précis en cas de diabète sévère ou autres problèmes importants (Voir point 3).

Si vous êtes de conviction islamique, un régime végétarien sera proposé à votre enfant. Il ne recevra **AUCUNE** viande ; uniquement œuf, poisson, pommes de terre, pâtes et légumes.

Je vous remercie pour votre collaboration.

Monsieur Lefèvre, le Directeur.

FICHE ALIMENTAIRE pour le séjour à Marbehan

Ecole : Classe :

Nom : Prénom :

Coordonnées de la personne responsable de l'enfant :
.....

1. **Régime sans viande (végétarien)** : Oui **OU** Non (*Barrez la mention inutile*)

2. **Allergie à un aliment** : Lequel ?

Allergie grave (toute trace de cet aliment sera supprimée)

Intolérance (peut en manger en petites quantités dans les préparations)

Attention ! Fournir le certificat médical qui atteste de l'allergie sinon je n'en tiendrai pas compte !!!

3. **Suivi médical nécessitant des soins infirmiers** : Oui **OU** Non (*Barrez la mention inutile*)

Si oui, Lequel ?

Attention ! Fournir le certificat médical qui explique les soins infirmiers à prévoir durant le séjour.

Date et signature des parents ou du responsable de l'enfant

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|



Régimes particuliers

Ecole :

Séjour : du au

Document « Récapitulatif » à fournir minimum **20 jours avant le séjour**

!!! Elèves et Titulaires

| Classe | Prénom de l'enfant, de l'accompagnant | Régime végétarien | Allergies : Fournir le certificat médical |
|---------------------|---------------------------------------|-------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Date : | | | Signature : |
| Nom : | | | |





Divers : Coordonnées

Renseignements médicaux



Médecins locaux :

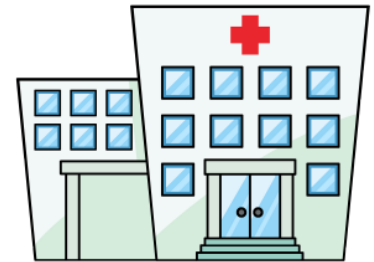


- Dr Dominique HUVELLE Tél. : 063/41.18.49
4, rue de la Fontaine
6724 Marbehan

- Dr CRELOT-DEBOCK Tél. : 063/44.44.87
6, Quartier du Gros Terme
6730 Tintigny

Centres hospitaliers :

- Clinique Saint-Joseph Tél. 063/23.11.11
137, rue des Déportés
6700 Arlon
- Centre hospitalier de l'Ardenne Tél. : 061/23.81.11
35, avenue d'Houffalize
6800 Libramont



Pharmacie :

- Pharmacie Berg Tél. : 063/41.01.11
12, Grand rue
6724 Marbehan

