



Établissement d'enseignement spécialisé fondamental de la  
Fédération Wallonie Bruxelles, "Les Pas@Pas"

38, chemin de Papignies  
7860 Lessines

pasapaslessines@gmail.com

068 33 63 11

0473 73 98 57

Céline Caty, Directrice

Ecole spécialisée de Lessines

www.pasapaslessines.com

## DOSSIER D'INSCRIPTION AU SEIN DE NOTRE ECOLE.

Afin d'inscrire administrativement votre enfant au sein de notre établissement, nous vous demandons de bien vouloir remplir les documents suivants :

<u>Description</u>	<u>N<sup>bre</sup> de pages</u>	<u>Complet ?</u>
▪ Fiche d'inscription SIEL	3 pages	<input type="checkbox"/>
▪ Autorisation de suivi par le CPMSS	1 page	<input type="checkbox"/>
▪ Demande d'autorisation en cas de méningite bactérienne	1 page	<input type="checkbox"/>
▪ Droit à l'image et à la publication d'images	1 page	<input type="checkbox"/>
▪ Autorisation de natation	1 page	<input type="checkbox"/>
▪ Autorisations de soins	1 page	<input type="checkbox"/>
▪ Fiche médicale	2 pages	<input type="checkbox"/>
▪ Bilan de santé : à remplir par le médecin traitant	2 pages	<input type="checkbox"/>
▪ Choix philosophique	1 page	<input type="checkbox"/>

**— — — Merci de nous fournir une photocopie de la carte d'identité de l'enfant (recto/verso) ou, à défaut, une composition de ménage.**

Merci aussi de nous fournir la photocopie de la carte d'identité de votre enfant et, à défaut, une composition de ménage.

***Ces documents sont indispensables pour que le dossier d'inscription de votre enfant soit complet.***

Merci à vous.

# FICHE D'INSCRIPTION SIEL – FONDAMENTAL SPECIALISE

ETABLISSEMENT : ..... FASE : .....

IMPLANTATION : ..... FASE : .....

<b><u>IDENTIFICATION DE L'ELEVE</u></b>	N° Registre national : .....
Nom : .....	
1 <sup>er</sup> prénom : ..... Autres prénoms : .....	
Sexe : <input type="checkbox"/> M – <input type="checkbox"/> F                      Etat civil : .....	
Né(e) le : ...../...../.....                      à : ..... Pays : .....	
Nationalité : .....                      Langue maternelle : <input type="checkbox"/> Français – <input type="checkbox"/> Autre	

Adresse légale : ..... N° : ..... Boîte : .....		
Code postal : ..... Commune : ..... Localité : .....		

<b><u>DETAIL INSCRIPTION</u></b>		
Date d'inscription : ...../...../.....	Date de prise d'effet : ...../...../.....	Date de présence phys.: ...../...../.....

<p style="text-align: center;"><b>N I V E A U</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><u>M a t e r n e l S p é c i a l i s é</u></b></p>	<p style="text-align: center;"><b>N I V E A U</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><u>P r i m a i r e S p é c i a l i s é</u></b></p>
<p><u>Type</u> : <input type="checkbox"/> T2M <input type="checkbox"/> T3M <input type="checkbox"/> T4M <input type="checkbox"/> T5M <input type="checkbox"/> T6M <input type="checkbox"/> T7M</p> <p><u>Classe</u> : .....</p>	<p><u>Type</u> : <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T6 <input type="checkbox"/> T7 <input type="checkbox"/> T8</p> <p><u>Maturité</u> : <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4</p> <p><u>Classe</u> : .....</p>

<p><b><u>Elève clôturé</u></b> <input type="checkbox"/></p> <p>Date de clôture : ...../...../.....</p> <p>Motif de clôture : .....</p>
--

**DETAIL DU RESPONSABLE 1**
 Père     Mère     Tuteur     Responsable de fait

Nom : ..... Prénom : .....

 Sexe :  M –  F

 Niveau de diplôme :  Aucun

- 
- Primaire
- 
- 
- Secondaire inférieur
- 
- 
- Secondaire supérieur
- 
- 
- Postsecondaire
- 
- 
- Supérieur type court
- 
- 
- Supérieur type long

Pays de naissance : .....

Nationalité : .....

Tél 1 : ..... Tél 2 : .....

N°compte bancaire (en cas d'accident scolaire) : ..... E-mail : .....

Adresse légale :  Même adresse que l'élève

 Autre :

Rue ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Localité : .....

Remarque(s) administrative(s) :
**DETAIL DU RESPONSABLE 2**
 Père     Mère     Tuteur     Responsable de fait

Nom : ..... Prénom : .....

 Sexe :  M –  F

 Niveau de diplôme :  Aucun

- 
- Primaire
- 
- 
- Secondaire inférieur
- 
- 
- Secondaire supérieur
- 
- 
- Postsecondaire
- 
- 
- Supérieur type court
- 
- 
- Supérieur type long

Pays de naissance : .....

Nationalité : .....

Tél 1 : ..... Tél 2 : .....

Tél 3 : ..... E-mail : .....

Adresse légale :  Même adresse que l'élève

 Autre :

Rue ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Localité : .....

Remarque(s) administrative(s) :

La direction s'engage à préserver le caractère confidentiel des informations collectées. En conséquence, en dehors des besoins pour l'accomplissement des tâches administratives, il lui est interdit de divulguer à qui que ce soit ou d'utiliser à son profit personnel, directement ou indirectement, ces dites informations.

**Centre PMS spécialisé de la  
Communauté française**

Chaussée du Roelux, 122

7000 Mons

☎ 065/33.36.53

**Établissement d'Enseignement Spécialisé  
Fondamental de la Communauté française**

Chemin de Papignies, 38

7860 Lessines

☎ 068/33.63.11

Madame, Monsieur,

Les Centres psycho-médico-sociaux ont pour but d'aider vos enfants dans leur développement, leurs études, leur orientation.

Ils sont mis gratuitement à leur disposition ainsi qu'à la vôtre.

Nous vous demandons de bien vouloir compléter la présente formule :

J'autorise \_\_\_\_\_ (nom et prénom de l'enfant), né le \_\_\_\_\_

Dont je suis\*<sup>1</sup> le - père – mère – tuteur – autre : \_\_\_\_\_ à bénéficier des services du Centre psycho-médico-social.

Mon autorisation est valable aussi longtemps que l'enfant fréquente une école desservie par le Centre PMSS.

Je peux à tout moment retirer mon autorisation par écrit auprès de la Directrice du Centre PMSS, Madame Anouck Discart à l'adresse figurant en haut de ce document.

*Partie parents à compléter*

Nom de la personne responsable : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date :

Signature :

\*<sup>1</sup> biffer la mention inutile



Établissement d'enseignement spécialisé fondamental de la  
Fédération Wallonie Bruxelles, "Les Pas@Pas"

38, chemin de Papignies  
7860 Lessines

[pasapaslessines@gmail.com](mailto:pasapaslessines@gmail.com)

068 33 63 11

0473 73 98 57

Céline Caty, Directrice

Ecole spécialisée de Lessines

[www.pasapaslessines.com](http://www.pasapaslessines.com)

## ***Demande d'autorisation parental en cas de méningite bactérienne***



Madame, Monsieur,  
Chers parents,

Le centre P.M.S de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour l'enseignement spécialisé de Mons est chargé des éventuelles mesures de prévention à prendre en cas de méningite bactérienne dans l'établissement scolaire fréquenté par votre enfant.

Afin de pouvoir agir le plus rapidement possible, si le cas se présentait, nous sollicitons votre accord pour la prescription et l'administration d'un traitement adapté (prise unique d'un antibiotique).

En vous remerciant de votre collaboration, je vous prie de croire, chers Parents, à l'expression de mes sentiments les plus distingués.

### *Partie parents à compléter*

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ père – mère – tuteur – personne responsable\*<sup>1</sup> de  
\_\_\_\_\_ inscrit à l'école de EESPCF Lessines.

- Autorise** le traitement antibiotique en cas de méningite bactérienne. \*<sup>2</sup>
- N'autorise pas** le traitement antibiotique \*<sup>2</sup>

Votre enfant est-il allergique ?	OUI	NON
Si oui, à quoi ?		

\*<sup>1</sup> Biffer les mentions inutiles

\*<sup>2</sup> Cocher la case adéquate

Date et signature :



Établissement d'enseignement spécialisé fondamental de la  
Fédération Wallonie Bruxelles, "Les Pas@Pas"

38, chemin de Papignies  
7860 Lessines

[pasapaslessines@gmail.com](mailto:pasapaslessines@gmail.com)

Céline Caty, Directrice

068 33 63 11

Ecole spécialisée de Lessines

0473 73 98 57

[www.pasapaslessines.com](http://www.pasapaslessines.com)

## Droit à l'image



Madame, Monsieur,  
Chers parents,

Au cours de sa scolarité au sein de notre établissement, nous serons amenés à prendre des photos ou des séquences filmées de votre enfant lors de divers apprentissages, d'activités ludiques, de sorties, ...

Ces photos sont utilisées pour le cahier de vie, pour figurer sur des référentiels, pour partager nos moments de vie sur notre page Facebook et encore bien d'autres utilisations pédagogiques !

Il est donc **IMPORTANT** de nous donner votre autorisation quant à la prise des clichés mais surtout par rapport à l'éventuelle publication sur le réseau social utilisé par notre établissement. Pour cela, il convient de répondre au formulaire au bas de cette page.

Nous nous engageons à respecter votre choix et nous vous remercions pour votre confiance.

**SI** ce formulaire ne nous est pas remis complété et signé, **cela comptera comme une autorisation.**

### Partie parents à compléter

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ père – mère – tuteur – personne responsable\*<sup>1</sup> de  
\_\_\_\_\_ inscrit à l'école de EESPCF Lessines.

- Autorise** mon enfant à figurer sur une photo ou une séquence filmée au sein de l'établissement ainsi que sur la page Facebook « école spécialisée de Lessines ».
- N'autorise pas** mon enfant à figurer sur une photo ou une séquence filmée au sein de l'établissement ainsi que sur la page Facebook « école spécialisée de Lessines ».

\*<sup>1</sup> Biffer les mentions inutiles

Date et signature :



Établissement d'enseignement spécialisé fondamental de la  
Fédération Wallonie Bruxelles, "Les Pas@Pas"

38, chemin de Papignies  
7860 Lessines

[pasapaslessines@gmail.com](mailto:pasapaslessines@gmail.com)

068 33 63 11

0473 73 98 57

Céline Caty, Directrice

Ecole spécialisée de Lessines

[www.pasapaslessines.com](http://www.pasapaslessines.com)

## Accès à la natation



Madame, Monsieur,

Vous avez choisi notre établissement pour la scolarité de votre enfant. Celui-ci aura la possibilité de participer à des activités aquatiques à la piscine communale de Lessines.

Malheureusement, nous devons organiser un tour de rôle entre les différentes classes étant donné l'importance de l'encadrement que cette activité nécessite.

Pour que votre enfant participe à cette activité, nous avons besoin que vous remplissiez l'autorisation via **le coupon** présent ci-dessous.

Ce document restera dans le dossier de votre enfant et sera valable pour toute sa scolarité dans notre établissement, sauf avis contraire de votre part.

En cas d'accord, veuillez préparer le matériel nécessaire suivant pour le jour de la piscine :

- **Une enveloppe avec le montant à payer** pour l'accès à la piscine (communiqué dans le journal de classe).
- **Un sac -pratique- avec son maillot, son bonnet et son essuie.**
- **Un vêtement adapté** aux conditions climatiques pour la sortie.

Lors de chaque activité de natation, celle-ci sera mentionnée dans le cahier de communication de votre enfant et/ou par notre application KONECTO APP. Si pour une raison évidente votre enfant ne peut pas se rendre à la piscine cette fois-là, il est utile de nous le faire savoir par retour de correspondance.

### Partie parents à compléter

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ père – mère – tuteur – personne responsable\*<sup>1</sup> de  
\_\_\_\_\_ inscrit à l'école de EESPCF Lessines.

**Autorise** mon enfant à participer à l'activité de natation. Je m'engage à prévenir le professeur d'éducation physique si mon enfant ne peut pas participer un jour \*<sup>2</sup>

**N'autorise pas** mon enfant à participer à l'activité de natation.

En voici la raison : \_\_\_\_\_

\*<sup>1</sup> Biffer les mentions inutiles

\*<sup>2</sup> Cocher la case adéquate

Date et signature :



Établissement d'enseignement spécialisé fondamental de la  
Fédération Wallonie Bruxelles, "Les Pas@Pas"

38, chemin de Papignies  
7860 Lessines

[pasapaslessines@gmail.com](mailto:pasapaslessines@gmail.com)

Céline Caty, Directrice

068 33 63 11

Ecole spécialisée de Lessines

0473 73 98 57

[www.pasapaslessines.com](http://www.pasapaslessines.com)

## Autorisation de soins



Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ père – mère – tuteur – personne responsable\*<sup>1</sup> de  
\_\_\_\_\_ inscrit à l'école de EESPCF Lessines.

- Autorise** le personnel responsable à prendre des dispositions qu'il jugera nécessaire en cas d'urgence (appel d'un médecin, à une ambulance en cas d'urgence). \*<sup>2</sup>
- N'autorise pas** le personnel responsable à prendre des dispositions qu'il jugera nécessaire en cas d'urgence (appel d'un médecin, à une ambulance en cas d'urgence). \*<sup>2</sup>
- Autorise** toute intervention chirurgicale qui s'imposerait en cas d'urgence. \*<sup>2</sup>
- N'autorise pas** d'intervention chirurgicale qui s'imposerait en cas d'urgence. \*<sup>2</sup>
- Autorise** que les soins soient prodigués par une puéricultrice en cas d'absence ou d'indisponibilité de l'infirmière (la puéricultrice aura été informée au préalable par l'infirmière de la démarche à suivre) \*<sup>2</sup>
- N'autorise pas** que les soins soient prodigués par une puéricultrice en cas d'absence ou d'indisponibilité de l'infirmière (la puéricultrice aura été informée au préalable par l'infirmière de la démarche à suivre) \*<sup>2</sup>
- M'engage** à communiquer précisément et dans les temps : \*<sup>2</sup>
- Tout traitement ponctuel à administrer
  - Les indications et posologies des traitements
  - Tout changement de traitement en cours
  - **Fournir toutes les prescriptions médicales** s'y référant, datées et signées par votre médecin.

\*<sup>1</sup> Biffer les mentions inutiles

\*<sup>2</sup> Cocher la case adéquate

Date et signature :





## Fiche médicale



<u>Nom et prénom de l'enfant</u>		_____		
<u>Date de naissance</u>		_____		
<u>Type de l'enseignement</u>		_____		
<b>Personne à prévenir pour tout renseignement ou en cas d'urgence.</b>				
Papa	_____			
Maman	_____			
Autre, qui ?	_____			
⚠ ⚠ ➡ Merci de ne pas oublier de nous communiquer tout changement !				
<b><u>Nom du médecin traitant ou autre qui consulte le plus souvent votre enfant :</u></b>				
Nom et prénom		_____		
Localité		_____		_____
<b>Nom du ou des spécialiste(s) qui suit (vent) votre enfant :</b>				
Nom et prénom		_____		_____
Nom et prénom		_____		_____
Nom et prénom		_____		_____
⚠ ⚠ ➡ Merci de nous communiquer les rapports nécessaires au bon suivi de votre enfant				
<b><u>Médicaments administrés à l'enfant.</u></b>				
Matin	Midi	14h	16h	Soir
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
⚠ ⚠ ➡ le traitement de fond est dispensé à l'école uniquement pendant les heures de cours.				

Quels sont les soins médicaux éventuels à appliquer à votre enfant ? (Nature, fréquence)		
_____		
_____		
Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire ?	OUI	NON
Si oui, lequel ? _____		
Présente-t-il des allergies alimentaires ?	OUI	NON
Si oui, le(s)quel(s) ? _____		
Votre enfant est-il épileptique ?	OUI	NON
Si oui, quel traitement en temps de crise ? _____		
Quand peut-il en recevoir et en quelle quantité ? _____		
Votre enfant est-il asthmatique ?	OUI	NON
Si oui, quel traitement en temps de crise ? _____		
Quand peut-il en recevoir et en quelle quantité ? _____		
Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	OUI	NON
Pour quel problème ? _____		
Autre difficulté sensorielle ?	OUI	NON
Laquelle ? _____		
Votre enfant est-il incontinent ?	OUI	NON
Date du dernier vaccin contre le tétanos ?	_____	
Votre enfant peut-il pratiquer tous les sports ?	OUI	NON
Si non lesquels ? _____		
<p>⚠ ⚠ 📄 <b>Merci de nous fournir :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 vignettes de mutuelle</li> <li>• Une photocopie de la carte vitale ou d'assurance (pour les enfants de nationalité française)</li> </ul>		



## **Bilan de santé : document à remplir par le médecin.**



Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, docteur en médecine, déclare que les renseignements figurant ci-après et concernant l'enfant \_\_\_\_\_ sont complets et exactes.

Date, cachet et signature :

Date du bilan	_____		
Que est le diagnostic du handicap de l'enfant ?	_____ _____		
L'enfant est-il épileptique ?	OUI	NON	
Si oui, quel est le type de crise et la fréquence ? _____			
Est-il sous traitement pour l'épilepsie ?	OUI	NON	
Que doit-on administrer en cas de crise ? Nom – posologie ? _____ _____			
⚠ ⚠ ➡ Veuillez nous fournir une prescription médicale.			
L'enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ?	OUI	NON	
Si oui, lesquelles et traitement : _____ _____			
L'enfant a-t-il des allergies alimentaires ?	OUI	NON	
Si oui, lesquelles et régime mis en place : _____ _____			

L'enfant a-t-il des particularités qui imposent un régime alimentaire spécifique (problème de mastication, fausse déglutition, boulimie, ...)	OUI	NON
Traitement médical de fond – Veuillez nous fournir une prescription médicale. Nom : _____ Posologie _____		
Quel traitement à appliquer en cas de :		
Fièvre, douleurs, céphalée :	_____	
Maux de ventre :	_____	
Vomissements :	_____	
Diarrhées :	_____	
Constipation :	_____	
Toux :	_____	
Mal de gorge :	_____	
L'enfant est-il souvent malade ?	OUI	NON
Si oui, de quoi souffre-t-il le plus souvent ? _____		
L'enfant est-il en ordre de vaccination ?	OUI	NON
Date du dernier rappel de vaccin anti-tétanique _____		

**IMPORTANT**

*En cas de modification de traitement, de nouvelles indications ou contre-indications médicales, de toute évolution de l'état de santé de l'enfant, nous vous prions de nous prévenir immédiatement. Il vous appartiendra ensuite de nous fournir aussi rapidement que possible les prescriptions et autres documents nous autorisant à adapter le suivi médical de l'enfant. Aucun changement ne sera appliqué sans ces preuves médicales.*

Date et signature :

**DECLARATION, à remettre au plus tard le 3 juin,**  
Relative aux choix du cours de religion, du cours de morale, non confessionnelle ou, en dispense du cours de religion ou de morale non confessionnelle, d'une 2<sup>ème</sup> période du cours de philosophie et de citoyenneté.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ parent, personne investie de l'autorité parentale à l'égard de (1) \_\_\_\_\_, élève de (2) \_\_\_\_\_.

Déclare avoir pris connaissance de la page précédente et, conformément à la liberté que me confère la loi, avoir choisi pour l'élève précité :

Soit (3) :

- Le cours de religion catholique
- Le cours de religion islamique
- Le cours de religion israélite
- Le cours de religion orthodoxe
- Le cours de religion protestante
- Le cours de morale non confessionnelle

Soit (4) :

- En dispense du cours de religion ou de morale non confessionnelle, une 2<sup>ème</sup> période de cours de philosophie et de citoyenneté.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (5)

\_\_\_\_\_ (6)

(1) Nom et prénom de l'élève, le cas échéant

(2) Classe fréquentée et désignation de l'établissement

(3) Cocher, le cas échéant, le cours choisi

(4) Ne remplir cette mention que dans le cas où ni le cours de morale non confessionnelle ni un des cours de religion n'a été choisi

(5) Lieu et date

(6) Signature