

INFORMATIONS MEDICALES

Nom et prénom de l'enfant : _____

MÉDECIN TRAITANT OU PÉDIATRE :

Nom : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE :

Je, soussigné(e), _____ , responsable légal de l'élève mentionné ci-dessus

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> autorise ... | ... la Direction de l'École communale à prendre toutes les dispositions d'ordre médical ou chirurgical que nécessiterait l'état de santé de l'enfant mentionné ci-dessus. |
| <input type="checkbox"/> n'autorise pas ... | |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> autorise ... | ... mon enfant à recevoir un comprimé d'iode stable (non radioactif) en cas d'accident nucléaire ; ce comprimé permettant de protéger sa thyroïde. |
| <input type="checkbox"/> n'autorise pas ... | |

Remarques éventuelles que vous souhaitez communiquer à propos de votre enfant :

Trouble(s)	Audition	OUI - NON	Vue	OUI - NON	Lunettes	OUI - NON
	Dys...	OUI - NON	Lequel ?			
Médication	OUI - NON	Médicament				
Allergie(s)	OUI - NON	Type				

- Je certifie l'exactitude de toutes les données communiquées de plein gré sur cette présente fiche; je communiquerai immédiatement tout changement au secrétariat.

Date : _____

Signature

L'accès aux données récoltées sur cette page sera limité aux membres du personnel de l'Equipe éducative, du service Accueil extra-scolaire, du secrétariat et à la Direction de l'école.

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES :

Langue usuelle à la maison : _____

Retour à la maison et temps de midi :

À midi, mon enfant :

retourne au domicile le midi (jour à préciser éventuellement) :

prend le repas chaud

mange son pique-nique emporté de la maison.

À 15h10, mon enfant :

rentre à la maison avec (personne responsable) : _____

rentre à la maison avec (autre personne) : _____

peut rentrer seul à la maison.

Le mercredi à 12h05, mon enfant :

rentre à la maison avec (personne responsable) : _____

rentre à la maison avec (autre personne) : _____

peut rentrer seul à la maison.

Je certifie l'exactitude de toutes les données communiquées de plein gré sur cette présente fiche; je communiquerai immédiatement tout changement au secrétariat.

Date : _____

Signature : _____

Conformément au RGPD et à la charte vie privée de la Commune de Braine-l'Alleud, les données personnelles collectées sur ce document sont considérées comme indispensables à la bonne organisation des activités de l'École communale « Pré Vert ». Elles sont traitées sous la responsabilité de la Commune de Braine-l'Alleud. Leur accès sera limité aux membres du personnel de l'Equipe éducative, du service Accueil extra-scolaire, du secrétariat et à la Direction de l'école. Il est néanmoins demandé aux parents de fournir explicitement leur accord quant à leur collecte et leur utilisation. Ces données seront conservées au secrétariat de l'école puis détruites selon les dispositions légales en vigueur.

Toute demande d'informations à ce sujet peut se faire via dpo@braine-lalleud.be. Toute réclamation concernant vos données personnelles peut être adressée auprès de l'Autorité de protection des données, via contact@apd-gba.be.