

# Ecole communale de HONY



Documents à compléter et à remettre  
à l'enseignant.e. de votre enfant  
pour le .....



Livret de rentrée 3  
Rentrée 2024-2025

Direction : 29, place du Souvenir  
4130 Esneux

Tél : 04/388 26 73  
GSM : 0496/ 52.72.79

Mail : sylvie.baldo@esneux.be

## Actualisation des fichiers signalétiques

Madame, Monsieur,

En vue de tenir à jour ses fichiers d'élèves fréquentant l'enseignement obligatoire, la Direction générale de l'enseignement nous demande de vérifier certaines informations et de les actualiser si nécessaire.

Je vous prie donc de bien vouloir compléter toutes les informations demandées ci-dessous.

**Pour les élèves déjà inscrits et fréquentant notre établissement, ne remplir ce document que si des changements sont à signaler par rapport à l'année précédente.**

Nom et prénom de l'enfant : .....

Classe : ACC-M1-M2-M3-P1-P2-P3-P4-P5-P6\*

Implantation : Tilff-Hony\*

	Coordonnées relatives au papa	Coordonnées relatives à la maman
Nom Prénom		
Adresse		
Etat civil		
e- mail		
Tél. fixe		
Gsm		
Tél. travail		

\*entourer la bonne mention

Ecole fondamentale communale de TILFF-HONY  
29, place du Souvenir  
4130 Esneux

Direction : BALDO SYLVIE

Tél : 04 338 26 73  
Gsm : 0496 52 72 79

Sylvia.baldo@esneux.be

## Législation en matière du droit à l'image (à compléter)

La loi interdit la prise, la diffusion et la publication sans autorisation de photographies des écoliers mineurs dans le cadre scolaire dès lors qu'ils sont identifiables.

Celle-ci oblige les directions d'école à solliciter une autorisation auprès des parents.

Pour se conformer aux prescrits légaux, je vous demande dès lors de bien vouloir compléter le talon ci-dessous.

S.BALDO

Je soussigné(e) ....., personne responsable de l'élève .....

Classe : ACC-M1-M2-M3-P1-P2-P3-P4-P5-P6\*

Implantation : Tilff-Hony\*

1. Autorise la prise de photos et/ou vidéos lors des activités en classe, à l'école (récréations, fêtes, spectacles...) ou à l'extérieur (sorties pédagogiques, classes de dépaysement ...) OUI – NON\*

2. Autorise la diffusion des images et/ou vidéos :

- Dans l'enceinte de l'école (affiches dans les couloirs, les classes...) OUI – NON \*
- A l'extérieur de l'école, à destination des parents
  - Journal de l'école OUI - NON\*
  - Cd, dvd, clé USB OUI- NON\*
- Dans la presse OUI – NON\*
- Sur internet (site web de l'école, Facebook de l'école) OUI – NON\*

**Les images diffusées sur le site Web ou sur Facebook sont destinées à illustrer la vie sociale et les activités de l'école à des fins informatives ou en vue de promouvoir les activités de l'école auprès de nouveaux parents d'élèves.**

Date et signature :

\*entourer la bonne mention

Ecole fondamentale communale de TILFF-HONY  
 29, place du Souvenir  
 4130 Esneux

Direction : BALDO SYLVIE

Tél : 04/ 388 .26. 73  
 Gsm 0496/52.72.79  
 Sylvie.baldo@esneux.be

Personnes autorisées à reprendre les enfants à la sortie de l'école

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer l'encadrement et la surveillance des enfants à la sortie de l'école (à midi ou en fin de journée), je vous demande de bien vouloir compléter les renseignements ci-dessous :

Nom et prénom de l'élève : .....  
 Classe : ACC - M1 - M2 - M3 - P1 - P2 - P3 - P4 - P5 - P6\*                      Implantation : Tilff - Hony\*

Nom et Prénom du responsable : .....

Liste des personnes susceptibles de venir rechercher l'enfant en dehors de la personne responsable ci-dessus :

	NOM+ PRENOM	Qualité (grands-parents, voisin, marraine, collègue...)
1		
2		
3		
4		
5		
6		

*Je m'engage à signaler à l'école le nom de toute autre personne étrangère à cette liste si la nécessité devait se présenter.*

Date et signature :

---

\*entourer la bonne mention

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Année scolaire 2024-2025)

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Classe : ACC - M1 - M2 - M3 - P1 - P2 - P3 - P4 - P5 - P6\*

Implantation : Tilff - Hony\*

Personne(s) à prévenir en cas de nécessité :

(Contact 1)

Mme/Mr.....

Adresse : .....

Téléphone / Gsm : .....

(Contact 2)

Mme/Mr.....

Adresse : .....

Téléphone / Gsm : .....

## DONNEES MEDICALES

Nom et téléphone du médecin traitant

Mme/Mr.....Téléphone : .....

Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui - non

Si oui, en quelle année ? ..... / ..... / .....

A-t-il reçu une piqûre de rappel ? Oui - non

Si oui, à quelle date ? ..... / ..... / .....

Quel est son groupe sanguin ? .....

Votre enfant est-il allergique ou sensible à certaines matières ou aliments ?

.....  
.....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie qui pourrait demander des soins particuliers (asthme, diabète, épilepsie, ...) ? Ou faut-il prendre certaines précautions en cas de chute ?

.....  
.....

Avez-vous d'autres remarques ou informations concernant la santé de votre enfant que vous pensez utile à porter à notre connaissance ?

.....  
.....

**Toutes demandes d'administration d'un traitement médicamenteux doivent être accompagnées d'un protocole médical ou d'un document rédigé par le médecin.**

Signature :

\*entourer la bonne mention



Document à remettre aux parents des enfants :

- de l'enseignement maternel,
- de l'enseignement spécial,
- en internat.

**MESURES PREVENTIVES A PRENDRE  
EN CAS D'INFECTION A MENINGOCOQUE**

Si un cas d'infection à méningocoque survient dans l'école de votre enfant, il est indispensable que le Service de Promotion de la Santé à l'École (PSE) prenne les mesures préventives nécessaires telles que prévues par l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles dans le milieu scolaire du 14 juillet 2011.

Un traitement prophylactique (préventif) devra obligatoirement être administré, si possible dans les 48 premières heures qui suivent la survenue d'un cas de méningite à méningocoque, aux personnes ayant eu des contacts à haut risque avec le malade. Le médecin scolaire du Service PSE pourra administrer le médicament prophylactique avec votre accord (voir ci-dessous).

En cas de non traitement, le médecin scolaire envisagera les mesures d'écartement prévues par le décret, à savoir 10 jours depuis la survenue du cas de méningite à méningocoque.

Le traitement préventif s'impose également même s'il y a eu une vaccination antérieure contre la méningite à méningocoque C.

✂.....

**Autorisation d'administrer un traitement préventif.**

Je soussigné, .....responsable de :

NOM et prénom de l'enfant : .....

Ecole : .....Classe.....

Numéro de téléphone où me joindre - durant les heures scolaires : .....

- durant le week-end : .....

- Autorise le médecin scolaire à donner à mon enfant le traitement contre le méningocoque. (L'antibiotique qui sera donné sera celui préconisé par la Communauté française.)  
Votre enfant a-t-il des allergies particulières à un antibiotique ou à un aliment  
 non     oui, si oui la(les)quelle(s) ? .....

- N'autorise pas le médecin scolaire à donner à mon enfant ce traitement préventif mais m'engage à fournir l'attestation du médecin traitant qui aura prescrit le médicament.

Date : ...../...../.....

Signature

Autorisation à rendre à l'école pour le 20 septembre au plus tard pour les maternelles et le spécial et à remettre à l'internat pour les internes.



**Commune d'Esneux**  
**Accueil Temps Libre**

Personne de contact : Roxane PEREDNIA  
Tél. : 04.380.93.14  
Courriel : roxane.perednia@esneux.be

Concerne : Accueil extrascolaire  
N/Réf : ESC2. 1/2024/RP

Esneux, le 22 juillet 2024

Chers parents,

Conformément au règlement d'ordre intérieur des garderies extrascolaires et des ateliers du mercredi des écoles communales d'Esneux adopté par le Conseil communal en mars 2018, nous vous rappelons que toute personne qui confie un enfant à l'accueil extrascolaire des écoles communales s'engage à payer une participation financière suivant les modalités suivantes :

- la fréquentation de l'accueil extrascolaire 1 heure avant le début des cours, à midi et 1 heure après la fin des cours est gratuite ;
- en dehors de ces plages horaires, une participation financière d'1 euro par heure et par enfant sera réclamée ;
- le tarif est réduit de moitié à partir du deuxième enfant d'une même famille fréquentant les garderies au même moment.

Les frais vous seront facturés et seules les factures d'un montant supérieur à 20€ seront transmises par courrier postal.

Par ailleurs, afin que vous puissiez contrôler au jour le jour les présences de votre enfant, nous vous demandons de bien vouloir indiquer quotidiennement l'heure de départ de votre enfant ainsi que de signer le registre qui sera mis à votre disposition auprès des accueillantes extrascolaires.

Le règlement d'ordre intérieur des garderies scolaires est consultable soit sur notre site internet soit auprès des accueillantes extrascolaires.

En inscrivant votre (vos) enfant(s) à l'accueil extrascolaire, vous acceptez les modalités reprises au règlement d'ordre intérieur.

Restant à votre disposition, nous vous prions de recevoir, chers parents, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Collège,

La Directrice Générale f.f.  
Sophie MONTREUIL



La Bourgmestre,  
Laura IKER



**Commune d'Esneux**  
**Accueil Temps Libre**

Merci de remplir ce document même  
si votre enfant ne participe pas  
actuellement à l'accueil extrascolaire

Personne de contact : Perednia Roxane  
Tél. : 04.380.93.14  
Courriel : roxane.perednia@esneux.be

**FICHE SIGNALETIQUE**  
**2024-2025**  
**« Accueil Temps Libre »**

Nom et prénom de l'enfant : .....  
N° de registre national : .....  
Ecole de Fontin Montfort Tilff Hony  
Classe : Accueil M1 M2 M3 P1 P2 P3 P4 P5 P6

**PERSONNE RESPONSABLE (merci d'écrire en caractère d'imprimerie)**

Nom : ..... Prénom : .....  
en qualité de père - mère – tuteur (trice)  
N° registre national : .....  
Adresse : .....  
N° de téléphone : .....

**PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT**

1. Nom : ..... Prénom : ..... GSM : .....
2. Nom : ..... Prénom : ..... GSM : .....
3. Nom : ..... Prénom : ..... GSM : .....
4. Nom : ..... Prénom : ..... GSM : .....
5. Nom : ..... Prénom : ..... GSM : .....
6. Nom : ..... Prénom : ..... GSM : .....

**DROIT À L'IMAGE**

J'autorise l'Administration communale d'Esneux à utiliser les images de mon enfant dans un cadre  
strictement réservé à l'accueil extrascolaire  
 Oui  Non





**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Nom du médecin traitant : ..... N° de tél : .....

Groupe sanguin : ..... Vacciné contre le tétanos ?  Oui  Non Diabétique ?  Oui  Non

Allergies ?  Oui  Non Si oui, lesquelles ? .....

Votre enfant a-t-il des pathologies ou maladies pour lesquelles un traitement est nécessaire  
(certificat médical à joindre) ou qu'il est utile de signaler aux accueillantes (maladie cardiaque,  
épilepsie, intolérances alimentaires, maux de tête, handicap... ) ?

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

Si oui, avez-vous des recommandations à nous fournir ?

.....  
.....

*Je déclare que les informations reprises dans cette fiche sont exactes et complètes.*

*J'autorise, en cas d'urgence, le responsable ou l'accueillant(e) à prendre les mesures qui  
s'imposent pour les premiers secours à l'enfant et/ou à faire intervenir un médecin s'il le juge  
opportun et je m'engage à rembourser le coût de la visite.*

*Je déclare avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur de l'accueil extrascolaire et je  
m'engage à le respecter.*

*Date + Signature*