

## Homes d'accueil permanent Accueil pendant les week-ends et congés scolaires

Chers parents, Chers tuteurs,

Veillez recevoir, ci-joint, le dossier d'inscription à compléter pour permettre à votre enfant de fréquenter un de nos Home d'accueil permanent. Ceux-ci sont situés à Lessines, Saint-Mard, Ciney et Comblain-au-Pont. Les Homes d'accueil de Saint-Mard, Comblain-au-Pont, Ciney et Lessines accueillent alternativement les internes les mois de juillet et août. Chacun étant fermé alternativement durant trois semaines.

Il est important de compléter ce dossier afin de garantir l'inscription et de nous permettre d'obtenir toutes les informations nécessaires à la prise en charge de votre enfant.

Les documents suivants sont à fournir pour compléter le dossier :

- Attestation de fréquentation scolaire
- Attestation d'orientation scolaire. (type, pms, recto-verso)
- Vignettes de mutuelle
- Photos d'identité (2)
- Photocopie de la carte d'identité de l'élève interne recto-verso
- Photocopie de la carte d'identité du responsable légal recto-verso
- A défaut le document eID (lecteur de carte d'identité) ou une composition de ménage (document délivré par l'Administration communale)
- Prescriptions médicales (posologie)
- Ordonnance des médicaments

Concernant la prise en charge des frais d'internat : Soit le montant de la pension est payé sur le compte du Home d'accueil qui accueille le jeune, soit il faut fournir **une prise en charge du SAJ/SPJ pour la mi-mai précédant la période d'été.**

Nous tenons à vous remercier pour la confiance que vous continuez à nous témoigner et nous espérons continuer à travailler avec vous pour le bien-être de vos enfants.

Veillez recevoir, chers parents, l'expression de nos salutations distinguées,

Pour le personnel des Homes d'accueil permanent,

Les Administrateurs et Administratrices

Le dossier complet doit être transmis aux Homes d'accueil permanents suivants :

Vous pouvez nous l'envoyer :

	Adresse courrier	Adresse mail
Lessines	Mme Pozza Chemin de Papignies, 38 7860 Lessines	Hap.coordination@gmail.com
Comblain-au-Pont	Mr Dardenne Rue Sosson 28 4170 Comblain-auPont	<u><a href="mailto:Direction@hacfcomblain.be">Direction@hacfcomblain.be</a></u>
Saint-Mard	Mme Verlaine Juliette Chemin Morel 71A 6762 Saint-Mard	hapcf.stmard@gmail.com
Ciney	Mme MAURER Valérie Avenue d'Huart, 156b 5590 Ciney	coordinatrice@hacpincy.be

**Sans réception du dossier d'inscription complété et la réception du paiement ou de la prise en charge des frais, votre enfant ne pourra pas intégrer l'internat.**



**Homes d'accueil permanent**  
**Accueil pendant les week-ends et congés scolaires**  
**A remplir par le Home d'accueil qui demande la prise en charge.**

Photo jeune

NOM et Prénom du jeune :

.....

Date de naissance : .....

Conditions particulières qui motivent la demande d'accueil au permanent :

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

Enseignement de la fédération Wallonie-Bruxelles  
Homes d'Accueil Permanent  
Accueil pendant les week-end et congés scolaires

## *Dossier d'inscription HAP*

### **Ce document est très important.**

Toutes les informations contenues dans ce dossier sont confidentielles et fournies dans le seul et unique souci du bien-être de l'enfant que nous accueillerons.

Ces informations sont primordiales pour assurer la sécurité de votre enfant. Elles nous permettront de lui apporter les soins nécessaires et lui assurer son bien-être. En connaissant son histoire, nous pourrions également mieux le comprendre.

**ATTENTION, l'inscription ne sera effective qu'après réception de ces documents.**  
D'avance, nous vous remercions pour votre collaboration.

**En cas de maladie transmissibles (méningites à méningocoque, diphtérie, poliomyélite, hépatite A, coqueluche, oreillon, tuberculose pulmonaire contagieuse, scarlatine, rougeole, rubéole, ...) les parents et le personnel sont tenus d'avertir le Home d'accueil permanent.**

Information sur l'élève :

Nom : ..... Prénom : .....

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

Nationalité : ..... N° registre national : .....

Nom et n° inscription mutuelle : .....

Adresse (légal C.I.) : .....	Autre résidence éventuelle : .....
.....	.....
CP: ..... Localité : .....	CP: ..... Localité : .....
Téléphone de l'interne : .....	

Date de prise en charge : ...../...../.....

Ecole actuelle : .....

Niveau : Fondamental / Secondaire                      Ordinaire (dérogation)/ Spécialisé

Type : ..... Forme : ..... Option .....

Ancienne école : .....

Date : le .....

Nom : ..... Signature : .....

## Fiche d'inscription

<p><b>Information sur l'élève :</b> Nom : ..... Prénom : .....</p> <p>Inscription : <input type="checkbox"/> Internat (période scolaire) <input type="checkbox"/> Centre d'Accueil Permanent (weekends et congés)</p>	
<p><b>Pour une inscription à l'Internat de semaine uniquement</b></p> <p>Mon enfant retourne en famille : <input type="checkbox"/> chaque weekend <input type="checkbox"/> chaque quinzaine</p> <p>Mon enfant repartira <input type="checkbox"/> de l'école <input type="checkbox"/> le vendredi soir (MAX 19h30) <input type="checkbox"/> le samedi matin (MAX 10h)</p> <p>Mon enfant rentrera <input type="checkbox"/> le dimanche soir <input type="checkbox"/> le lundi après l'école</p> <p><b>(à respecter, pour tout changement prendre contact avec l'internat)</b></p>	
Mère ou protutrice	Père ou protuteur
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Nationalité : .....	Nationalité : .....
Adresse (si différente de celle de l'élève) ..... .....	Adresse (si différente de celle de l'élève) ..... .....
Téléphones : Fixe : .....	Téléphones : Fixe : .....
GSM : .....	GSM : .....
Travail : .....	Travail : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
N°compte bancaire : .....	N°compte bancaire : .....
Infos complémentaires : .....	Infos complémentaires : .....
<p>Situation familiale des parents : <input type="checkbox"/> cohabitant <input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> divorcés</p> <p>• Si les parents sont séparés ou divorcés, comment se partage la garde de l'enfant (Joindre une copie du jugement) ?</p>	
<p>Personne à prévenir en cas d'urgence : ..... Téléphone : .....</p> <p>Autre personne de contact : ..... Téléphone : .....</p>	
<p><b>Lieu de retour en cas de maladie ou autre</b></p>	
Lieu de retour : ..... .....	Chez qui ? : ..... .....
Mode de transport : ..... .....	Coordonnées : tel : ..... adresse : ..... .....
<p>Date : le .....</p> <p>Nom : ..... Signature : .....</p>	

## Remboursement en cas de dégâts

Je soussigné.....

Responsable de..... inscrit dans

un Home d'Accueil permanent de la Communauté française durant les mois de juillet et/ou août

M'engage à :

- en cas de dégât(s) volontaire(s) et involontaire(s) de matériel
- ou en cas d'usage non approprié entraînant des dégâts

Sur du matériel, et ou du mobilier du home d'accueil, occasionné par mon enfant, à rembourser celui-ci sur base de la facture qui sera transmise par l'établissement.

A cet effet, nous vous rappelons l'utilité et l'importance de souscrire à une assurance familiale.

En cas de non remboursement, le home d'accueil permanent se réserve le droit de procéder au recouvrement des sommes impayées par l'intermédiaire du service du Ministère des Finances-Administration centrale des Cadastres, de l'enregistrement et des Domaines.

Fait à :..... le .....

Nom : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

.....  
.....



## Droit à l'image

Conformément à la circulaire 2493 du 07/10/2008, nous ne souhaitons présenter des photos et films qu'avec votre accord.

En toutes circonstances, nous pouvons vous assurer que les photos seront faites dans des conditions respectueuses de l'enfant.

Nous vous informons également qu'il vous est loisible de changer d'avis à tout moment.

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,\*

.....

(\* biffer mention inutile) domicilié(e) à :(adresse complète)

.....

.....

.....

.....

responsable de .....(nom de l'enfant)

**Autorise / N'autorise pas \***

(\* biffer la mention inutile)

à utiliser les photos et films pris dans le cadre des activités l'établissement pour usage décoratif, didactique, promotionnel et ceci sur tous supports en ce compris le réseau internet.

Fait à....., le .....

Signature du responsable (précédée de la mention manuscrite « Lu et pprouvé »)

.....

Signature de l'élève âgé de plus de 14 ans (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

.....

## *Recouvrement des créances*

### *Remboursement en cas d'absences*

---

Je voudrais vous rappeler que la Fédération Wallonie-Bruxelles a fixé les "modalités de paiement des pensions" et que l'Administrateur (trice) et le Comptable sont chargés d'appliquer celles-ci.

À l'exception de l'accueil permanent, les pensions sont payables **anticipativement**. Je tiens à vous informer que la procédure de recouvrement de créances, comme décrite dans la circulaire n°1677 du 07/11/2006 et résumée dans le document « engagement à payer la pension », sera rigoureusement appliquée. Je vous invite donc à être très vigilant quant à **la régularité des paiements de la pension** de votre enfant.

Veillez fournir un **justificatif en cas d'absence**.

Dans **certaines conditions**, la **pension sera remboursée** si un justificatif est fourni :

- Après 5 jours ouvrables consécutifs d'absence justifiée par certificat médical et par mois. (remboursement à partir du 6<sup>ème</sup> jour ouvrable d'absence).
- Durant les périodes de stages prévues dans le cadre des études
- Lors d'un voyage scolaire organisé par l'école

Je reste à votre entière disposition pour tout autre renseignement souhaité et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments dévoués.

Fait à : ..... le .....

Nom : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

.....  
.....



## *Accusé de réception du règlement d'ordre intérieur et du projet d'établissement*

---

Je soussigné .....

responsable de .....

déclare :

- Avoir reçu le règlement d'ordre intérieur ainsi que le projet d'établissement,
- En avoir pris connaissance,
- M'engager à le respecter,
- A le communiquer à toute personne qui serait mise en contact par mon entreprise avec l'institution susnommée.

Fait à : ..... le .....

Nom : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

.....  
.....



## Autorisations de sorties (+ de 16ans)

Je soussigné (e) .....

Responsable de l'enfant.....

1. Autorise/N'autorise pas \* mon enfant à quitter l'internat seul et à pied pour se rendre à .....(nom et adresse du lieu) dans le respect du R.O.I.

2. Autorise/N'autorise pas \* mon enfant à utiliser les transports en communs ( bus et / ou train) dans le respect du R.O.I. pour se rendre à ..... ( nom et adresse du lieux) dans le respect du ROI.

3. Durant ces sorties, votre enfant s'engage à ne pas se déplacer à bord d'un véhicule (voiture, moto, ...).

Durant ces sorties, votre enfant ne peut pas boire de boissons alcoolisées, ni de boissons énérgisantes, ne peut pas fumer et /ou prendre des substances illicites.

Durant ces périodes, l'élève interne n'est pas sous la responsabilité de l'internat.

Les sorties restent toutefois à l'appréciation de l'équipe éducatives.

Les horaires sont à respecter.

Fait à : ..... le .....

Nom : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

.....  
.....

## Utilisation des données personnelles (RGPD)

Conformément au « règlement général sur la protection des données » (ou RGPD), nous ne souhaitons recueillir et utiliser vos données qu'avec votre accord.

En toutes circonstances, nous pouvons vous assurer que les données personnelles vous concernant ou concernant votre enfant seront traitées et utilisées en respectant le secret professionnel et le cadre déontologique s'y référant.

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,\*

.....

(\* biffer mention inutile)

domicilié(e) à .....

.....

.....(adresse complète)

responsable de .....(nom de l'enfant)

## Autorise

les H.A.P. à conserver et traiter dans un dossier structuré ainsi que dans un système informatique en ligne, mes données personnelles et toutes les données concernant mon enfant y compris les données d'ordre médicales.

Ce dossier structuré et en ligne pourra éventuellement être partagé avec un autre internat ou une école partenaire qui prend en charge mon enfant.

Fait à : ..... le .....

Nom : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

.....

.....

## Autorisations de soins et urgences médicales

Je soussigné (e) .....

responsable de l'enfant .....

1. **Autorise/N'autorise pas** \* par la présente, lorsque les circonstances l'exigent, que les soins indispensables à la santé de mon enfant soient prodigués par une puéricultrice, un puériculteur.

*En signant cette autorisation, je m'engage à renoncer à toute poursuite ou plainte – ayant pour objet la compétence de la personne qui aura posé l'acte- à l'encontre de la puéricultrice, du puériculteur et de l'institution qui l'emploie.*

2. Je **m'engage également à communiquer précisément et dans les temps** les indications, la (les) **médications** ainsi que tout changement de traitement **dûment certifiés par un médecin.**

3. J'autorise la direction du Home d'Accueil, le membre du personnel qui la remplace ou tout membre du personnel ayant l'élève en charge à prendre toutes les mesures indispensables et urgentes pour la sauvegarde de sa santé, de son intégrité physique et/ou de sa vie. Entre autres :

- l'autorise à faire appel au médecin du home ou son remplaçant ;
- l'autorise à commander les médicaments prescrits pour l'enfant en mon nom. (A.R. du 9/1/92, modifiant l'A.R. du 31/5/85) ;
- l'autorise à faire soigner l'enfant chez un médecin spécialiste de son choix en cas d'absolue nécessité ;
- l'autorise, en cas de besoin, à faire appel à une ambulance ;
- l'autorise, si le médecin de tutelle du home d'accueil ou l'infirmière estime le placement nécessaire, que l'enfant dont je suis responsable soit amené(e) et traité(e) dans une clinique.
- m'engage à couvrir la totalité des frais médicaux.

Fait à : ..... le .....

Nom : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

.....  
.....

## *Autorisations de contentions*

### *HAP Lessines*

---

Je soussigné (e) .....  
responsable de l'enfant .....

**Autorise/N' autorise pas** \* (\* biffer la mention inutile)

Par la présente, lorsque les circonstances l'exigent, le Home d'Accueil Permanent de la C.F. situé à **Lessines** et les personnes qui y travaillent à utiliser les moyens de contentions nécessaires à préserver la sécurité de l'enfant susnommé ou celle des autres internes.

Fait à : ..... le .....

Nom : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

.....  
.....



## Retour en famille et situations impérieuses

Je reconnais avoir pris connaissance des horaires et des modalités d'ouverture du Home d'Accueil Permanent.

Je m'engage en cas de nécessités (fermeture du bâtiment, journées pédagogiques, maladies ou toutes autres situations urgentes) à assumer le retour en famille de mon enfant.

Dans le cas où je ne pourrais pas effectuer le rapatriement de mon enfant à son domicile, j'autorise la direction du Home d'Accueil, le membre du personnel qui la remplace ou tout membre du personnel ayant l'élève en charge à mandater une société d'ambulance privée afin d'effectuer celui-ci.

Je m'engage à couvrir l'intégralité des frais inhérents à cette démarche.

À titre d'exemple, la société « Fire § Safety » facture 35€ la prise en charge du transport plus 1,40€ du kilomètre parcouru. Les kilomètres sont facturés au départ de leur base jusqu'au retour à celle-ci.

Lieu de retour en cas de maladie ou autre	
Lieu de retour : ..... .....	Chez qui ? : ..... .....
Mode de transport : ..... .....	Coordonnées : tel :..... adresse :..... .....

Fait à :..... le .....
Nom du responsable :.....
Lieu et date de naissance : .....
N° registre national : .....
Adresse: .....
.....
Profession : .....
Téléphone(s) : .....
.....
Signature précédée de la mention « lu et approuvé » : ..... .....



## Fiche médicale de : .....

Né(e) le / /	Sexe	Groupe sanguin	Coller une vignette de mutuelle
-----------------	------	----------------	---------------------------------

### A remplir par le médecin traitant :

Je soussigné,.....docteur en médecine,

Adresse complète :

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

Tél. :...../..... ou GSM :..... /.....

Déclare que les renseignements figurants ci-après sont complets et exacts.

Date, signature et cachet.

L'enfant est-il en possession d'un dossier médical global ? oui/non

**Si nécessaire, joindre tous les protocoles, rapports, prescriptions... indispensables au bon suivi de l'enfant.**

### Coordonnées du(des) médecins spécialistes :

Nom : .....Prénom : .....

Adresse complète:.....

.....

Docteur en : .....

Tél. :...../.....

Nom : .....Prénom : .....

Adresse complète:.....

.....

Docteur en : .....

Tél. :...../.....

### Quel est le diagnostic du handicap de l'enfant ?

Nom de l'élève : .....

Que doit-on lui administrer en cas de fièvre ?		
Souffre-t-il de maladie chronique ?	oui/non	
Nécessite-il des soins infirmiers particulier et/ou régulier	oui/non	Lesquels ?

Allergies	oui/non		
Opérations	oui/non	Lesquelles, quand ?	
Lésions antérieures	oui/non		
Menstruations	oui/non	Depuis quand ?	contraceptif : oui-non
		Si oui, lequel :	
Maladies (Antécédents)	oui/non		

**Votre enfant souffre-t-il de :**

<b>Diabète</b>	oui/non	
<b>Affection cardiaque</b>	oui/non	
<b>Asthme</b>	oui/non	
<b>Somnambulisme</b>	oui/non	
<b>Incontinence</b>	oui/non	
<b>Fausse déglutition</b>	oui/non	
<b>Problèmes de vue</b>	oui/non	Votre enfant porte des lunettes oui/non
<b>Autres (ouïe, ...)</b>	oui/non	
<b>Epilepsie</b>	oui/non	
Quelle est la fréquence des crises	Date :	
Quel est la procédure en cas de crise ?		

Date : le ..... Nom : .....  
Signature et cachet : .....





Nom de l'élève : .....

**Traitement en cours : oui/non**

Dénomination	Matin	Midi	Goûter	Soir	Coucher

**Vaccins (Joindre une copie du carnet de vaccinations.)**

Tétanos	oui/non	Date :	Rappel :
Hépatite B	oui/non	Date :	
Autres			

**Régime alimentaire: oui/non**

<input type="checkbox"/> Selon indication médicale	
<input type="checkbox"/> Allergies	
<input type="checkbox"/> Autres	

**Recommandations particulières !**

L'enfant sait-il nager ? oui-non

**RAPPEL : Toutes modifications doivent nous être signalées dans les plus brefs délais.**

Date : le ..... Nom : .....  
Signature et cachet : .....



*Dossier Social : Nom de l'élève : .....*

**Fratrerie et proches :**

NOM	PRENOM	DATE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	ETAT DE SANTE

**Informations :**

- Informations importantes sur la situation familiale :

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

- Informations importantes sur le jeune :

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

Intervention de services extérieurs :  SAJ  SPJ  Autres :

Coordonnées du service : .....

Personne de contact : .....

- Visites/appels autorisés de la famille ou autre ? Si oui, à quelle fréquence ?

.....  
 .....

- Retours possibles en famille si malade ou autre ?

.....  
 .....

- Les contacts **interdits** (fournir document officiel ou jugement) :

.....  
 .....

Date : le .....
Nom : ..... Signature : .....



Nom de l'élève : .....

**Repas :**

- Mange seul  oui  non  
Utilise  cuillère  fourchette  couteau (sait couper)  
Alimentation  moulu  épaississant  limité  hypocalorique  musulman  
Allergie  oui  non .....  
Autres .....

**Hygiène :**

- Se lave seul  oui  non  
Se brosse les dents  oui  non  
Porte des langes  non  la nuit  le jour  
Autres .....

**Habillement et literie :**

- Se déshabille seul  oui  non  
S'habille seul  oui  non  
Reconnait ses vêtements  oui  non  
Autres .....

**Comportements durant la nuit :**

- Nécessite  lit classique  lit à barreau  lit médicalisé  utilisation ceinture ventrale  
Difficulté durant la nuit  oui  non  
Expliquez .....

**Comportements affectifs :**

- En demande d'affection  oui .....  
Recherche l'attention  oui .....  
Autres .....

**Comportements sexuels :**

- Comportement sexualisé  oui  non  
Autres .....

**Comportement face aux activités :**

- Participe facilement  oui  non  
Conscience du danger  oui  non  
Activités préférées .....

**Comportement face à ses pairs :**

- Est sociable  oui  non  
Est agressif  oui  non  
Autres .....



**Comportement face aux adultes :**

Respecte l'autorité  oui  non

Autres .....  
.....

**Comportement face à une difficulté :**

Peut s'énerver  oui  non

Autres .....  
.....

**Comportement face à ses besoins spécifiques :**

Demande de l'aide  oui  non

Autres .....  
.....

**Motricité fonctionnelle :**

Se déplace  en marchant  en voiturette  avec une tribune

Problème d'équilibre  oui  non

Se fatigue vite  oui  non

Peut fuguer  oui  non

Expliquez .....  
.....

**Motricité fine :**

Boutonne ses vêtements  oui  non

Fait ses lacets  oui  non

Autres .....  
.....

**Représentation dans le temps et l'espace :**

Comprend avant / après  oui  non

Comprend en dessous / au-dessus  oui  non

Autres .....  
.....

**Communication :**

S'exprime par la parole  oui  non

Autres .....  
.....

**Compréhension :**

Comprend un message oral  oui  non

Autres .....  
.....

Attention ! Les informations figurant ci-dessus sont **UNIQUEMENT** destinées à nous aider dans notre relation à l'élève et/ou à sa famille. Elles ne peuvent en aucun cas être divulguées à l'extérieur sauf, sous réserves et acceptation de la direction, à des représentants de services sociaux ou des structures médicales auxquels l'élève serait confronté dans le cadre d'une thérapie. Dans le cadre d'un accompagnement SPJ ou SAJ et/ou dans celui d'une demande judiciaire, la situation sera examinée au cas par cas par la direction.

Date : le .....

Nom : ..... Signature : .....

## ENGAGEMENT A PAYER LA PENSION AU HOME D'ACCUEIL PERMANENT

HAP COMBLAIN	HAP CINEY	HAP LESSINES	HAP SAINT-MARD
Rue Sosson, 28 4170 Comblain-au-Pont Tél: 04 369 29 53 direction@hacfcomblain.be	Avenue d'Huart, 156b 5590 Ciney Tél: 083 23 02 00 <a href="mailto:administrateur@hacpincy.be">administrateur@hacpincy.be</a>	Chemin de Papignies, 38 7860 Lessines Tél: 068 33 34 35 administrateur@haplessines.be	Chemin Morel, 71 6762 Saint-Mard Tél: 063 57 88 19 hapcf.stmard@gmail.com
<b>Compte bancaire :</b> IBAN: BE46 0912 1204 2736	<b>Compte bancaire :</b> IBAN: BE57 0912 1204 2635	<b>Compte bancaire :</b> IBAN: BE13 0912 1204 3039	<b>Compte bancaire :</b> IBAN: BE55 0912 1204 3544

Paiement \* : DGAJ / PARENTS / FAMILLE D'ACCUEIL / AUTRE

\* Barrer les mentions inutiles

Nom (du responsable) : ..... Prénom : .....

.....

Date de naissance : ..... N° national : .....

Domicilié(e) : Rue : ..... CP : .....

..... n°: ..... Bte : .....

GSM : ...../..... Tél : ...../.....

E-mail : .....

**Nom de l'enfant :** .....

Lieu + date de naissance : .....N° national : .....

Sollicite son inscription au Home d'Accueil Permanent de ..... et déclare avoir pris connaissance du montant annuel de la pension pour l'année scolaire 2024-2025, lequel s'élève à :

Pension annuelle spécialisée primaire :	2208,64 €-
Pension annuelle spécialisée secondaire :	2 594,58 €-
Pension journalière week-end primaire :	12,20 €-
Pension journalière week-end secondaire :	14,33 €-

*Si ens. ordinaire (fratrie...)*

- 2462,49 €

- 2 848,68 €-

13,60 €-

- 15,74 €-

Date : le .....

Nom : ..... Signature : .....

En conséquence, je m'engage à payer à l'établissement susvisé les sommes suivantes :

Pour une inscription à l'internat (du lundi (petit-déjeuner non compris) au vendredi (goûter et souper non compris) durant la **période scolaire**), une provision unique de .....€ pour d'éventuels frais médicaux, pharmaceutiques, de transport et divers, ainsi que la pension mensuelle de manière anticipative (avant le 1er de chaque mois) d'un montant de :

Périodes	Jours	Élèves relevant de l'Enseignement ordinaire		Élèves relevant de l'Enseignement spécialisé	
		fondamental	secondaire	fondamental	secondaire
DC ajusté		0,89	-0,26	0,44	0,85
Mensuel 08+09	25	340,00	393,50	305,00	358,25
Mensuel 10	15	204,00	236,10	183,00	214,95
Mensuel 11	19	258,40	299,06	231,80	272,27
Mensuel 12	15	204,00	236,10	183,00	214,95
Mensuel 01	20	272,00	314,80	244,00	286,60
Mensuel 02	15	204,00	236,10	183,00	214,95
Mensuel 03	16	217,60	251,84	195,20	229,28
Mensuel 04	18	244,80	283,32	219,60	257,94
Mensuel 05	14	190,40	220,36	170,80	200,62
Mensuel 06+07	24	326,40	377,76	292,80	343,92
Total annuel	181	2462,49	2848,68	2208,64	2594,58

**Le remboursement de la pension n'est appliqué qu'à partir du 6ème jour d'absence ininterrompue et justifiée par un certificat médical.**

Pour l'hébergement durant les **week-ends et congés scolaires**, le montant de la pension est à verser de manière anticipative à l'internat de semaine qui héberge l'élève.

### **LA PENSION DES ELEVES INTERNES CONSTITUE UN DROIT CONSTATE ANNUEL**

En cas de non-paiement des frais relatifs à l'accueil de l'élève, celui-ci ne pourra plus bénéficier des services du HACF et il sera procédé au recouvrement des sommes dues par les services des Domaines et de la TVA.

Tous frais complémentaires de rappels par envois recommandés et de justice sont à la charge du signataire.

Fait en double exemplaire à : ..... le .....

Nom : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » à la somme de (en toutes lettres) :

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

## Informations importantes à conserver

- Documents à nous fournir pour compléter le dossier :
  - Vignettes de mutuelle
  - Photocopie de la carte d'identité de l'élève interne
  - Photocopie de la carte d'identité du responsable légal
  - A défaut le document eID (lecteur de carte d'identité) ou une composition de ménage (document délivré par l'Administration communale)
  - Attestations de fréquentation et orientation scolaires.
  - Prescriptions médicales
- Les entrées et sorties de l'établissement ont lieu à des moments précis que nous vous demandons de respecter :

<u>Du lundi au jeudi</u>	<u>Le vendredi</u>	<u>Du samedi au dimanche et congé scolaire</u>
16h30-17h00	15h30-17h45	9h00-10h00
18H30-19H30	18h30-19h30	18h30-19h30

- De manière générale, vous pouvez joindre le bureau de l'administrateur, le secrétariat, le service social et le service de comptabilité du lundi au vendredi de 9H à 16H. Le secrétariat est aussi accessible le dimanche de 14H à 18H30. Le travail principal du personnel paramédical et éducatif est de s'occuper des enfants, les infirmières et éducateurs n'ont pas toujours la possibilité de répondre au téléphone. Néanmoins, vous pouvez joindre l'infirmerie le matin entre 10H et 11H et le soir entre 19H30 et 20H30. Un répondeur est disponible et nous vous rappelons dès que possible.
- En ce qui concerne les maladies contagieuses, le retour de l'élève à l'internat est subordonné à un certificat de guérison signé par le médecin.
- Les médicaments ne sont administrés que sur base d'une prescription médicale rédigée et signée par le médecin.
- Un cahier de communication (liaison entre la famille et l'internat) sera signé chaque semaine par le(la) responsable et remis à l'internat.
- La valise de votre enfant fait l'objet de toute notre attention. Toutefois, il se peut encore hélas que l'un ou l'autre objet ou vêtement lui appartenant disparaisse inexplicablement. Tous les **vêtements ou objets doivent être nominés afin de les retrouver plus facilement.**
- En principe et sauf cas ou situation exceptionnelle, **il n'y a pas de lessive à l'internat.** Le contenu de la valise de votre enfant est donc très important.
- Il y a lieu, selon la durée du séjour de votre enfant, de prévoir :
  - **une trousse de toilette** contenant : savon, gel douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, gobelet, déodorant, peigne, eau de toilette, coupe-ongles, thermomètre, mouchoirs... **Son contenu doit être vérifié à chaque retour.**
  - **une tenue complète, ADAPTEE A LA SAISON, par jour et par nuit** (linge de corps, chaussettes, pyjamas, pantalons, pulls, t-shirt, ...)
  - un peignoir et une paire de pantoufles
  - une tenue de sport au minimum et un maillot de bain + bonnet
  - 2 paires de chaussures, bottes (ou bottines), chaussures de gym/sport
  - **selon la saison** : gants, bonnet, manteau, écharpe, casquette, crème solaire
  - Vous ne devez pas mettre en valise d'essuies ou de gants de toilette ni de draps de lit, un appel à fonds perdu aura lieu annuellement.