



Fédération Wallonie-Bruxelles



DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2026-2027

Nom et prénom de l'interne :

Date de naissance :

Adresse :

Service extérieur :

Pour l'élève fréquentant l'enseignement spécialisé :

Enseignement de Type : Forme :

Photo d'identité

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.

Si votre enfant fréquente un HAP, le dossier pourra leur être transmis.

ATTENTION, l'inscription ne sera effective qu'après réception de ces documents Complétés ET Signés.

D'avance, nous vous remercions pour votre collaboration.

Parcours de votre enfant :

Année Scolaire	Ecole	Internat	Permanent

FICHE D'INSCRIPTION

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Nationalité : N° registre national de l'enfant :
Nom et n° inscription mutuelle :
Date d'entrée à l'internat : / /
Ecole actuelle : Niveau : Type : Option :
Ancienne école :

Nom du responsable de l'enfant : ☐ Parents ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre :

Autorité parentale :

Mère	Père
Nom : Prénom : Nationalité : Adresse : Téléphones : Fixe : GSM : E-mail : N° compte bancaire : Infos complémentaires :	Nom : Prénom : Nationalité : Adresse : Téléphones : Fixe : GSM : E-mail : N °compte bancaire : Infos complémentaires :
Personne à prévenir en cas d'urgence : Téléphone :	
Lieu de retour le week-end	
Lieu de retour : Mode de transport :	Chez qui ? : Coordonnées :
Date : le	Nom : Signature :

ENGAGEMENT À PAYER LA PENSION

Année académique : 2026-2027

Nom et adresse de l'établissement scolaire : H.A.C.F Saive
Rue des champs, 3 à 4671 Saive
Tel : 04/362.02.47
Fax : 04/362.72.70
E-mail : direction@hacfsaive.be

Le soussigné (Nom et prénom) :

Date de naissance :

Domicilié à

Numéro d'inscription nationale :

Rue

n°

Responsable de l'élève (Nom et prénom) :

Né(e) à :

Date de naissance :

Numéro d'inscription nationale :

Inscrit comme interne à l'établissement susvisé, déclare avoir pris connaissance du montant annuel de la pension pour l'année académique 2026-2027 lequel s'élève à :

- Pension annuelle spécialisé primaire : 2.307.34 euros

En conséquence, il s'engage à payer au

MCF-INTERNAT-HOME D'ACCUEIL DE LA C.F.

IBAN : BE44 0912 1204 3645

BIC : GKCCBEBB

De l'établissement susvisé les sommes suivantes, en fonction des modalités de paiement adoptées :

Un 1^{er} versement de 358.96 euros vous sera demandé au moment de l'inscription.

Les autres mensualités (216.49 euros) sont à versés pour le 1^{er} de chaque mois.

Vous trouverez en annexe un tableau récapitulatif.

Tout retard d'un mois dans le paiement de la pension entraînera l'exclusion de l'interne et il sera procédé au recouvrement des sommes impayées par l'intermédiaire du Ministère des Finances – Administrations centrale du Cadastre, de l'Enregistrement et des Domaines.

Fait à....., le

Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » pour la somme annuelle de

.....en toutes lettres.

(1) Montant en lettres

(2) Montant en chiffres

PAIEMENT DE LA PENSION

Le compte de votre enfant se divise en deux parties :

1. LE COMPTE PENSION :

- Pour votre facilité, vous pouvez demander **un ordre permanent mensuel** auprès de votre banque de septembre à juin avant le 10 du mois en cours afin de vous éviter des rappels de paiements de pensions inutiles.

- 216.49 € si votre enfant fréquente l'enseignement spécialisé primaire,

2. LE COMPTE TIERS :

- A l'inscription, **une somme de 150 € sera versée** afin d'alimenter ce compte.
 - **Ce compte servira à payer les frais médicaux, pharmaceutiques.**
Et lessives éventuelles : 4 € par lessive.
 - A chaque dépense, il vous sera demandé via la facture mensuelle de réapprovisionner ce compte afin que celui-ci présente toujours un solde positif.
 - Lorsque votre enfant quitte l'internat, le solde positif du compte tiers vous est remboursé (dans la mesure où le compte pension n'est pas en négatif).
-
- Le responsable de l'enfant marque son accord pour des transferts de compte tiers vers le compte pension.

Très important : Le montant de la facture mensuelle sera versé intégralement sur le **COMPTE avant le 10 du mois concerné**

MCF –INTERNAT–HOME D'ACCUEIL DE LA C.F.

IBAN: BE44 0912 1204 3645

BIC: GKCCBEBB

Veiller à bien indiquer sur le virement le mois que vous payez avec le nom de l'enfant

Date : Le

« Lu et approuvé » + signature :

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 est chargé d'appliquer celles-ci.

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.

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

- Après 5 jours consécutifs d'absence justifiée par certificat médical. (Remboursement à partir du 6^{ème} jour 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.

Date :

« lu et approuvé » + Signature

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 et en avoir pris connaissance.**

**Ces documents seront disponibles à l'inscription et/ou dans le cahier de
communication de votre enfant en annexe.**

Fait à, le

Signature :

DROIT À L'IMAGE



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

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, *
(* biffer mention inutile)

Domicilié(e)
.....
..... (adresse complète)

Responsable de (Nom de l'enfant)

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

Le Home d'Accueil C.F. Saive

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 approuvé »)

.....

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

.....



FICHE MÉDICALE

Nom :	Prénom :	Né(e) le / /	Sexe M ☐ / F ☐	Coller une vignette de mutuelle
-------	----------	-----------------	---	------------------------------------

Coordonnées du médecin traitant :

Nom :	Prénom :		
Adresse :	Code postal :	Localité :	
Tél. : /			

Coordonnées du(des) médecins spécialistes :

Nom :	Prénom :		
Adresse :	Code postal :	Localité :	
Tél. : /			
Nom :	Prénom :		
Adresse :	Code postal :	Localité :	
Tél. : /			
Nom :	Prénom :		
Adresse :	Code postal :	Localité :	
Tél. : /			
Nom :	Prénom :		
Adresse :	Code postal :	Localité :	
Tél. : /			

Si votre enfant souffre d'un handicap, quel est le diagnostic ?

Que lui donnez-vous en cas de fièvre ?		
Est-il souvent malade ?	Oui/Non	
Médicament à prendre dans certains cas ?	Oui/Non	

Groupe sanguin		
Allergies	Oui/Non	

Opérations	Oui/Non	
Lésions antérieures	Oui/Non	
Maladies	Oui/Non	

Votre enfant souffre-t-il de :

Diabète	Oui/Non	
Affection cardiaque	Oui/Non	
Asthme	Oui/Non	
Epilepsie	Oui/Non	
Somnambulisme	Oui/Non	
Incontinence	Oui/Non	
Allergies (Si oui, merci de nous indiquer si traitement à administrer en cas de crise allergique)	Oui/Non	
Problèmes de vue	Oui/Non	Votre enfant porte des lunettes Oui/Non
Autres (ouïe, ...)	Oui/Non	

Traitement en cours : oui/non

ATTENTION : Merci de fournir l'autorisation du médecin ainsi que la prescription médicale avec dosage et posologie exactes des médicaments fournis.

Dénomination + Dosage	Matin	Midi	Goûter	Soir	Coucher

Régime alimentaire : oui/non

☐ Selon indication médicale	
☐ Allergies (Si oui, merci de nous indiquer si traitement à administrer en cas de crise allergique)	
☐ Autres	

Pour rappel, si votre enfant doit prendre une médication à l'internat, vous devez nous fournir un certificat médical de votre médecin spécifiant le nom du médicament, le dosage et la durée du traitement.

Il faut également nous fournir un nouveau certificat médical lors de TOUT CHANGEMENT de médication (type de médicament, posologie,). Si tel n'est pas le cas nous ne pouvons pas administrer le nouveau dosage/médicament sans documents officiels.

Egalement, merci de nous fournir une copie du carnet de vaccination de votre enfant ainsi que tout documents utiles (régime alimentaire, bilans médicaux, etc.)

Pour finir, merci de prendre notes des mesures de prophylaxie en cas de présences d'un ou plusieurs symptômes chez votre enfant :

Votre enfant ne peut fréquenter l'internat/ doit rentrer au domicile si :

- Plus de 3 selles liquides en 24H
- Si vomissements
- Si Température supérieur à 38.5°
- Si éruption cutanée (boutons, plaques, etc.)

L'équipe du HACF Saive se réserve le droit de vous contacter si votre enfant présente un ou plusieurs de ces symptômes durant la semaine.

Date : le

Nom :

« lu et approuvé » + Signature :

Si possible :

Signature et cachet du Médecin :

DOSSIER SOCIAL

☐ **Mère/Substitut** : nom : Prénom :

Lieu et date de naissance :

Profession :

☐ **Père/Substitut** : nom : Prénom :

Lieu et date de naissance :

Profession :

Situation familiale des parents : ☐ cohabitants ☐ mariés ☐ séparés ☐ divorcés

• Si les parents sont séparés ou divorcés, comment se partage la garde de l'enfant ? Joindre une copie du jugement.

• Si les parents sont séparés ou divorcés, se sont-ils remis en ménage ? père : ☐ oui ☐ non

Mère : ☐ oui ☐ non

☐ **Fratrie** :

NOM	PRÉNOM	DATE NAISSANCE	ÉTAT DE SANTÉ

☐ **Lieu(x) de vie** :

• Où l'enfant vit-il ? Parents / grands-parents/ institution/

☐ **Contexte familial** :

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

☐ **Motifs pour lesquels vous demandez un hébergement en internat** :

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

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.

☐ **Intervention de services extérieurs**

(A ne compléter que si vous avez fait appel à un des services suivants – SAJ, SPJ, CPAS, AMO, Centre de guidance, Centre de planning familial, Service d'aide éducatif, ou autres...)

A quel(s) service(s) avez-vous fait appel ? :

.....
.....

Pour quelles raisons ? :

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

Ce service est-il toujours présent ? :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est la personne responsable du service :

.....

Coordonnées :

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

Ce service intervient-il financièrement dans le paiement de la pension d'internat ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, doit-on leur adresser une facture ? Quel arrangement a été convenu ?

.....
.....

Remarques supplémentaires :

.....
.....

QUELQUES RECOMMANDATIONS POUR FACILITER L'HÉBERGEMENT DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE NOTRE INTERNAT

- Documents importants à nous fournir pour compléter le dossier :
 - Vignettes de mutuelle (10)
 - Photos d'identité (2)
 - 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)
- La carte SIS vous sera demandée une fois en début d'année scolaire pour être encodée auprès de la pharmacie avec laquelle nous collaborons. (*Attention, sans carte les médicaments sont facturés au prix plein !*).
- Un cahier de communication (liaison entre la famille et l'internat) devra être signé chaque semaine par le(la) responsable et remis à l'internat.
- Une adresse e-mail est à votre disposition pour toutes communications importantes avec l'équipe éducative : hacf.saive4671@gmail.com
- 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. Dans ce cas, notez qu'un vêtement ou un objet marqué est toujours plus facile à retrouver.
- 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 en ordre**, qui restera à l'internat : Savon, Gel douche, Shampoing, Dentifrice, Brosse à dents, Gobelet, Déodorant, Brosse à cheveux et des élastiques.
 - **Une tenue complète, adaptée à 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
 - Un sac de gym et piscine afin d'être en ordre pour les écoles
 - Selon la saison : gants, bonnet, manteau, écharpe, casquette, crème solaire
 - Un sac pour le linge sale
 - Cartable

Date :

« lu et approuvé » + Signature :