

FICHE MEDICALE 2024/2025

Chers parents,

Nous vous prions de compléter avec précision cette fiche médicale. Les parents sont tenus de signaler tout changement concernant l'état de santé de leur enfant. La fiche sera traitée avec la discrétion nécessaire.

Merci pour votre collaboration!

ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Matricule _____ Caisse de maladie _____

PARENT(S) OU TUTEUR(S)

mère père tuteur

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

si autre que l'adresse de l'enfant _____

Portable _____

Tél. travail _____

E-Mail _____

mère père tuteur

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

si autre que l'adresse de l'enfant _____

Portable _____

Tél. travail _____

E-Mail _____

PERSONNES DE CONTACT EN CAS D'URGENCE ET ABSENCE DES PARENTS/TUTEURS

Nom _____

Prénom _____

Téléphone _____

Portable _____

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom et prénom _____

Téléphone _____

INFORMATIONS SUR L'ETAT DE SANTE DE VOTRE ENFANT

1. Est-ce que votre enfant a eu des interventions chirurgicales ? Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

2. Est-ce que votre enfant a subi des maladies graves dans le passé ? Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

3. Est-ce que votre enfant est actuellement affecté d'une maladie chronique ou a des besoins de santé spécifiques? Oui Non

Si oui, laquelle : _____

Si oui, est-ce que votre enfant est en possession d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

→ une copie du PAI est à joindre avec l'inscription

4. Est-ce que votre enfant a des allergies ? Oui Non

Si oui, laquelle : _____

Si oui, est-ce que votre enfant est en possession d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

→ une copie du PAI est à joindre avec l'inscription

→ le médecin traitant doit remplir la fiche « certificat médicale intolérance ou allergie alimentaire ».

5. Est-ce que votre enfant a un déficit visuel, moteur, mental ... ? Oui Non

Si oui, lequel : _____

6. Est-ce que votre enfant a besoin d'un encadrement spécifique ? Oui Non

Si oui, lequel : _____

7. Est-ce que votre enfant a des problèmes d'énurésie ? Oui Non

Si oui, plutôt pendant la journée plutôt pendant la nuit

8. Est-ce que votre enfant porte : des lunettes Oui Non

un appareil auditif Oui Non

un appareil orthodontique Oui Non

ALIMENTATION

9. Est-ce que votre enfant est végétarien (sans poisson, viande et volailles)? Oui Non

10. Est-ce que votre enfant doit suivre un régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer tous les aliments et boissons à éviter : _____

MEDICAMENTS

11. Est-ce que votre enfant doit prendre régulièrement des médicaments au SEA ? Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

(Nom du médicament et posologie) _____

12. Est-ce que votre enfant est capable de prendre seul ces médicaments au SEA ? Oui Non

→ Si non, veuillez remettre la fiche « délégation de soins »

13. J'autorise le personnel du SEA à donner les médicaments suivants à mon enfant en cas de besoin :

Nurofen Oui Oui (après accord téléphonique)* Non
Paracétamol Oui Oui (après accord téléphonique)* Non

*Si le personnel du SEA ne peut pas vous joindre, il n'est pas autorisé à donner des médicaments.

14. J'autorise le personnel du SEA à utiliser les crèmes et produits suivants pour mon enfant :

Arnica Crème Oui Non
Bepanthen Crème Oui Non
Fenistil Gel Oui Non
Polyseptol Crème Oui Non
Spray désinfectant/nettoyant Oui Non
Pansements Oui Non
Crème solaire (la Roche Posay, Avène ou similaire) Oui Non

15. J'autorise le personnel du SEA à enlever des tiques Oui Non

16. Est-ce que votre enfant sait nager? Oui Oui (mais avec brassards) Non

17. Est-ce que votre enfant peut participer à toutes les activités (sports, ...) ? Oui Non

Si non, lesquelles sont à éviter ? _____

REMARQUES

Veuillez indiquer tous les renseignements supplémentaires importants sur l'état de santé ou sur le comportement de votre enfant pas encore mentionnés sur la fiche :

Date _____ Lieu _____

Signature _____ (père, mère, tuteur)

AUTORISATIONS

Par la présente, je soussigné(e) _____ *père, mère, tuteur*
de l'enfant _____

autorise le personnel du SEA, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à consulter un médecin de leur choix en cas de maladie ou d'accident. Oui Non

autorise le médecin consulté, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à faire tout examen ou intervention médicale et/ou chirurgicale nécessaires en cas d'urgence. Oui Non

autorise mon enfant à quitter seul le SEA Bertrange Oui Non

si oui,

après l'appel téléphonique du père, de la mère, du tuteur Oui Non

suivant un horaire fixe Oui Non

si oui → veuillez remettre la fiche « autorisation de sortie »

autorise les personnes* suivantes à récupérer mon enfant au SEA:

Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2
<input type="checkbox"/>	_____		

* Les parents doivent présenter les personnes autorisées à reprendre leur enfant au personnel encadrant du SEA, à défaut leur fournir une copie de la carte d'identité. Les parents sont priés de prévenir le personnel encadrant auparavant si une des personnes ci-dessus vient chercher leur enfant.

autorise que mon enfant soit photographié ou filmé

dans le **cadre interne** Oui Non

dans le **cadre externe** (pendant des manifestations communales et du SEA, des excursions et activités externes et des publications externes de la commune (bulletin communal, site internet, DIMMI ... et du SEA) Oui Non

autorise que mon enfant peut participer à des excursions externes spontanées

à pied Oui Non

avec le transport publique Oui Non

avec la camionnette du SEA Oui Non

Date _____ Lieu _____

Signature _____ (*père, mère, tuteur*)