

## FICHE MEDICALE 2025/2026

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 \_\_\_\_\_

j'autorise le personnel du SEA de m'envoyer des lettres et informations par courriel

mère  père  tuteur

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

*si autre que l'adresse de l'enfant* \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

Tél. travail \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

j'autorise le personnel du SEA de m'envoyer des lettres et informations par courriel

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

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

*Si non, lesquelles sont à éviter ?* \_\_\_\_\_

**REMARQUES**

Veillez 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"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<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*)