

## FICHE MEDICALE 2019/2020

Les parents sont priés de compléter avec précision cette fiche et de la remettre avec une copie de la carte de vaccination à l'administration du SEA Bertrange. 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 \_\_\_\_\_  
Caisse supplémentaire (CMCM ...) \_\_\_\_\_

### Personnes de contact en cas d'urgence (mère, père, tuteur)

Nom	_____	Nom	_____
Prénom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
Tél. privé	_____	Tél. privé	_____
Tél. bureau	_____	Tél. bureau	_____
Portable	_____	Portable	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

### Personnes de contact en cas d'absence des parents/tuteurs

Nom	_____	Nom	_____
Prénom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
Tél. privé	_____	Tél. privé	_____
Tél. bureau	_____	Tél. bureau	_____
Portable	_____	Portable	_____

### Médecin traitant de l'enfant

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

## Informations sur l'état de santé de votre enfant

Est-ce que votre enfant est actuellement affecté d'une maladie (grave ou chronique) ?  Oui  Non

Si oui, laquelle :  
(asthme, diabète  
...)

---

---

---

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

Si oui, lesquelles :  
(appendice...)

---

---

---

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

Si oui, lesquelles :

---

---

## Médicaments

Est-ce que votre enfant doit prendre régulièrement des médicaments ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles :  
(Nom du  
médicament et  
posologie)

---

---

---

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

J'autorise le personnel du SEA à donner des médicaments à mon enfant ?\*  Oui  Non

Si oui, lesquels :  
(dénomination  
exacte du  
médicament)

---

---

---

\*Vous êtes toujours prévenu par téléphone **avant** que votre enfant reçoit des médicaments. Si le personnel du SEA ne peut pas vous joindre, il n'est pas autorisé à donner des médicaments.

## Allergies

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

Si oui, le médecin traitant doit remplir la fiche médicale des allergies et/ou intolérance alimentaire.

## Alimentation

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

Est-ce que votre enfant peut manger/boire tout, sans restriction ?  Oui  Non

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

Si oui, lequel :  
(indiquer les  
aliments à éviter)

---

---

---

### Informations supplémentaires

**Est-ce que votre enfant porte :** des lunettes  Oui  Non  
des lentilles de contact  Oui  Non  
un appareil auditif  Oui  Non  
un appareil orthodontique  Oui  Non  
autres : \_\_\_\_\_

**Est-ce que votre enfant a un handicap (déficit visuel, moteur, mental ...) ?**  Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

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

Si oui,  plutôt pendant la journée  plutôt pendant la nuit

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

**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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Autorisation

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

**autorise le personnel du SEA Bertrange, 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

Date \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ *(père, mère, tuteur)*

**Autorisation**

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

**autorise mon enfant à quitter seul le SEA Bertrange**  Oui  Non

*Si oui, veuillez préciser :*

	Mon enfant part à		Mon enfant revient au SEA Bertrange		
<input type="checkbox"/> Lundi	_____ heures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à _____	heures
<input type="checkbox"/> Mardi	_____ heures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à _____	heures
<input type="checkbox"/> Mercredi	_____ heures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à _____	heures
<input type="checkbox"/> Jeudi	_____ heures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à _____	heures
<input type="checkbox"/> Vendredi	_____ heures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à _____	heures

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

	Nom	Prénom	Téléphone	Portable
<input type="checkbox"/>	_____			
<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 Bertrange, 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 du projet média du SEA Bertrange.**  Oui  Non

Date \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ *(père, mère, tuteur)*