

## FICHE DE RENSEIGNEMENT sur d'éventuels problèmes de santé

*Veillez noter que les renseignements ci-après sont traités confidentiellement  
et ne seront en aucun cas diffusés à une tierce personne.*



### 1. Données de l'enfant:

Nom et prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance de l'enfant: \_\_\_\_\_

### 2. Informations médicales:

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie/ allergènes ? OUI

NON

\* Si oui, de quelle allergie/allergènes s'agit-il ? \_\_\_\_\_

A quoi faut-il faire attention ? \_\_\_\_\_

Les menus servis à la Maison Relais sont sains et équilibrés.

Veillez nous indiquer les allergies/ allergènes / ou intolérances de votre enfant à un produit alimentaire qu'il ne doit pas manger.

**Les allergies/ allergènes /intolérances sont à certifier/attester moyennant certificat médical à joindre à la présente fiche.**

**Nous respecterons vos indications dans la mesure du possible, et nous vous invitons à remplir et à signer l'annexe 2 cf. page 2 Autorisation parentale: Restauration scolaire**

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ? OUI

NON

\* Si oui, de quelle maladie s'agit-il ? \_\_\_\_\_

A quoi faut-il faire attention ? \_\_\_\_\_

Votre enfant doit-il prendre des médicaments entre 12h00 et 14h00 ?

Oui  Non



\* Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

**Veillez ne pas oublier l'ordonnance médicale et une autorisation écrite de votre part.**

L'enfant  porte des lunettes

porte un appareil auditif

porte un appareil dentaire

**Si l'enfant porte un appareil dentaire, il est nécessaire de ramener une brosse à dents.**

Est-ce que votre enfant suit un régime alimentaire particulier? OUI

NON

\* Si oui, lequel ? végétarien: sans viande - sans poisson - sans oeufs

végétarien: sans viande

sans porc

autres \_\_\_\_\_

Dans le cadre des soins quotidiens et en cas de chute et/ou de blessure, nous autorisons le personnel socio-éducatif de soigner notre enfant avec:

- pansements
- spray ou crème désinfectant/e (systral, cedium...)
- anti-inflammatoire (flamazine)
- crème solaire

OUI  NON

**NOTE: Cette fiche sur d'éventuels problèmes de santé est valable jusqu'à ce que l'enfant ne fréquente plus le service d'éducation et d'accueil "Mueresgassel" de la commune de Lenningen.**

**Il est indispensable de prévenir directement la direction de la Maison Relais de tout changement!**

## Autorisation d'administrer des médicaments



Je soussigné/e \_\_\_\_\_

parent de l'enfant \_\_\_\_\_

autorise la Maison Relais à administrer le traitement suivant à mon enfant:

Nom du médecin traitant: \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

Posologie: \_\_\_\_\_ x/jour

Dose: \_\_\_\_\_ c.à.c./ \_\_\_\_\_ ml/ \_\_\_\_\_ sachet/s

\_\_\_\_\_ goutte/s \_\_\_\_\_ comprimé/s

\_\_\_\_\_ dosette/s

Période: avant / pendant / après / avec le repas / \_\_\_\_\_ heures

Limite: du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

**Veillez utiliser cette fiche d'autorisation à chaque fois que votre enfant nécessite**

**un traitement médical, et veuillez joindre l'attestation médicale afférente.**

La fiche est à votre disposition à la **Maison Relais** ainsi que sur le site internet **www.lenningen.lu**



## Autorisation parentale en cas d'allergie alimentaire / allergènes Restauration scolaire

Je soussigné/e \_\_\_\_\_

que mon enfant \_\_\_\_\_

souffre d'une allergie alimentaire/allergènes:

Nom d'allergie/allergènes: \_\_\_\_\_

Aliments à éviter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro à appeler en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Les allergies alimentaires/ allergènes sont à certifier/attester moyennant certificat médical à joindre à la présente fiche.**

Date et signature: \_\_\_\_\_



