

FICHE DE RENSEIGNEMENT
sur d'éventuels problèmes de santé
POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2016-2017

*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



page 1

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**



page 2

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: _____