

## Fiche de santé

**Maison Relais Packatuffi**

Maison 84  
L-9768 Reuler

+ 352 27800-602  
inscription.rpac@elisabeth.lu  
[rpac.elisabeth.lu](http://rpac.elisabeth.lu)

*Formulaire SEA-05*

### COORDONNEES DE L'ENFANT

Nom	Prénom
Matricule	<input type="text"/>

### ETAT DE SANTE ACTUEL DE L'ENFANT

L'état de santé, présente-il des particularités à considérer?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, lesquelles?				
Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (p.ex. diabète, épilepsie, etc.)?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, laquelle?				
Suit-il un traitement particulier /une médication particulière?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, lequel?				
Votre enfant souffre-t-il d'une allergie?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, laquelle?				
Votre enfant peut-il participer à toutes les activités, sports, etc. ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si non, lesquelles sont à éviter?				

### Alimentation

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, de laquelle?				
Votre enfant souffre-t-il d'une intolérance alimentaire?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, laquelle?				
Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, veuillez préciser?				

Certificat médical précisant les intolérances alimentaires ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Intervention consignée par un médecin traitant</b>				
Certificat médical: restriction sport	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Ordonnance médicale: médicaments en cas de maladie chronique	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, lequel?				
<b>Soins quotidiens</b>				
Dans le cadre des soins quotidiens et/ou de blessures, le personnel éducatif utilisera <b>exclusivement</b> les produits de la liste ci-dessous. Votre enfant peut-il recevoir les soins avec les produits suivants ?				
<b>Désinfectant:</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
spray désinfectant pour petites blessures				
<b>Arnica naturel:</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
gel en cas de contusions				
<b>Physiologica:</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
solution pour nettoyer le nez ou l'œil				
<b>Purigel:</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
en cas de piqûres d'insectes				
<b>Crème solaire SPF 50:</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
protection solaire				
<b>Tiques/Echardes</b>				
Je donne mon accord afin que le personnel du SEA puisse enlever les tiques/les échardes à mon enfant. J'en serai immédiatement informé (e).	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Je suis conscient(e) qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et <b>d'informer par écrit immédiatement</b> l'institution de tout changement y relatif.				

Lieu:

Date:

Signature du représentant légal

---

<b>Réservé à l'administration</b>	
<i>Fiche remise</i>	le ____/____/____ à ____ heures
<i>Mode de remise</i>	<input type="checkbox"/> remis en main propre <input type="checkbox"/> courriel <input type="checkbox"/> envoi postal _____