

Fiche de santé

Maison Relais Packatuffi

119, Am Bierg
L-9768 Reuler

+ 352 27800-602

inscription.rpac@elisabeth.lu

rpac.elisabeth.lu

Formulaire SEA-05

COORDONNEES DE L'ENFANT

| | |
|-----------|---|
| Nom | Prénom |
| Matricule | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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 |
| Intervention consignée par un médecin traitant | | | | |
| 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? | | | | |
| Soins quotidiens | | | | |
| Dans le cadre des soins quotidiens et/ou de blessures, le personnel éducatif utilisera exclusivement les produits de la liste ci-dessous. Votre enfant peut-il recevoir les soins avec les produits suivants ? | | | | |
| Désinfectant: | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| spray désinfectant pour petites blessures | | | | |
| Arnica naturel: | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| gel en cas de contusions | | | | |
| Physiologica: | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| solution pour nettoyer le nez ou l'œil | | | | |
| Purigel: | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| en cas de piqûres d'insectes | | | | |
| Crème solaire SPF 50: | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| protection solaire | | | | |
| Tiques/Echardes | | | | |
| 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 d'informer par écrit immédiatement l'institution de tout changement y relatif. | | | | |

Lieu:

Date:

Signature du représentant légal

| Réservé à l'administration | |
|-----------------------------------|--|
| <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 _____ |