

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom _____

Prénom _____

Adresse complète (no, rue, code postal, ville)

Sexe

masculin

féminin

Matricule _____

Lieu de naissance _____

Nationalité _____

Langue(s) parlée(s) à la maison :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Parent/Responsable	Epoux(se)/Compagnon/Compagne
<p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse complète (no, rue, code postal, ville), si différente de l'adresse de l'enfant :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Téléphone privé :</p> <p>_____</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>_____</p> <p>Téléphone professionnel :</p> <p>_____</p> <p>Adresse email :</p> <p>_____</p> <p>Langue maternelle :</p> <p>_____</p>	<p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse complète (no, rue, code postal, ville), si différente de l'adresse de l'enfant :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Téléphone privé :</p> <p>_____</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>_____</p> <p>Téléphone professionnel :</p> <p>_____</p> <p>Adresse email :</p> <p>_____</p> <p>Langue maternelle :</p> <p>_____</p>
<p>Relation à l'enfant :</p> <p><input type="radio"/> Mère</p> <p><input type="radio"/> Père</p> <p><input type="radio"/> Représentant Légal/Tuteur</p>	<p>Relation à l'enfant :</p> <p><input type="radio"/> Mère</p> <p><input type="radio"/> Père</p> <p><input type="radio"/> Représentant Légal/Tuteur</p>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT
(EN CAS DE MALADIE UN CERTIFICAT DU MÉDECIN EST À REMETTRE)

Médecin _____

Téléphone _____

Est-ce que l'enfant a des besoins spécifiques ? (Par exemple : handicap, dyslexie, troubles ou pathologie etc.)

- Oui**
 Non

Si oui, veuillez préciser :

Est-ce que l'enfant prend un traitement ou médication particulière ?

- Oui**
 Non

Si oui, veuillez préciser :

Est-ce que l'enfant a des allergie(s) ou intolérance(s) connues ? (Médicament, aliment ou environnement)

- Oui**
 Non

Si oui, veuillez préciser :

Autres données concernant d'éventuels maladies ou accidents survenus :

AUTORISATION CREMES, SPRAYS, GOUTTES, ...

J'autorise le personnel éducatif de la structure d'accueil à administrer à mon enfant en cas de besoin :

Mettre une croix dans la case OUI ou NON	OUI	NON
Désinfectant : Pour égratignures, blessures, en vue d'éviter les infections cutanées Nom : Salvequick		
Crème à base d'Arnica Pour hématome, bleu, contusion Nom : Arnidol		
Crème apaisante Pour piqûres d'insectes, brûlures Nom : Fenistil gel		
Crème hydratante Pour irritations de peau Nom : CiCAPLAST BAUME B5 – La roche-posay		
Crème solaire Pour protection contre les coups de soleil et brulures Nom : BB Protect (BePharBel)		
Spray répulsif Pour protection contre les tiques Nom : Mousti-Mug Kids		
Sérum physiologique Pour nettoyer et désinfecter		
Pilule iodure de potassium Pour accident nucléaire		

AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE

- J'autorise mon enfant à participer à des excursions/des activités sur le territoire du Luxembourg. Pour les sorties en dehors du territoire du Luxembourg, une autorisation supplémentaire sera demandée au moment donné.

- Je N'autorise PAS mon enfant à participer à des excursions/des activités sur le territoire du Luxembourg. Pour les sorties en dehors du territoire du Luxembourg, une autorisation supplémentaire sera demandée au moment donné.

AUTORISATION POUR LE TRANSPORT

- J'autorise le personnel de la structure d'accueil à transporter mon enfant dans un véhicule de la structure d'accueil ou du gestionnaire de service :
 - Camionnette de la structure d'accueil ou du gestionnaire de services
 - Voiture privée d'un membre du personnel de la structure d'accueil

- Je N'autorise PAS le personnel de la structure à transporter mon enfant dans un véhicule de l'a.s.b.l. ou dans une voiture privée d'un membre du personnel de la structure d'accueil ou du gestionnaire de service.

Fait à _____, le _____

Signature(s) du/des responsable(s) de l'enfant