



Fiche de renseignements

1. Enfant - Données

Nom											
Prénom											
Matricule	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
Adresse	N° :					Rue :					
	L-					Lieu					
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin					<input type="checkbox"/> Féminin					
Nationalité											
Langue(s) parlée(s)											

Informations médicales

Personne à avertir en cas d'accident	<input type="checkbox"/> Mère	Si autre, Nom : _____ Téléphone : _____
	<input type="checkbox"/> Père	
<input type="checkbox"/> Autre		
Allergies ou intolérances alimentaires sans risque de choc anaphylactique doivent être certifiées par votre médecin traitant : _____ <input type="checkbox"/> Certificat médical remis Date certificat médical : _____ Aliments à exclure : _____		
Evictions alimentaires pour des raisons philosophiques & religieuses (pas de porc, végétarien...). Merci de nous indiquer les aliments que votre enfant ne doit pas manger. Aliments à exclure : _____		
Maladie (besoins de santé spécifiques) : Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme, affection cardiaque, etc.) ? Si oui : Laquelle ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergies pouvant entraîner un risque de choc anaphylactique ? Si oui , merci de faire remplir le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par votre médecin traitant et de joindre le Plan d'Action d'Urgence correspondant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicaments à administrer régulièrement <input type="checkbox"/> Certificat médical remis Date certificat médical : _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Veillez joindre s.v.p. une photocopie de la carte de vaccination.

→ Le personnel du SEA Beiestack n'a le droit d'administrer des médicaments qu'avec une **ordonnance médicale** et une **délégation parentale de traitement signée**.

