



Fiche de renseignements

1. Enfant - Données

Nom																						
Prénom																						
Matricule	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Adresse	N° :			Rue :																		
	L-			Lieu																		
Sexe	☐ Masculin					☐ Féminin																
Nationalité																						
Langue(s) parlée(s)																						

Informations médicales

Personne à avertir en cas d'accident	☐ Mère ☐ Père ☐ Autre	Si autre, Nom : _____ Téléphone : _____
Allergies ou intolérances alimentaires sans risque de choc anaphylactique doivent être certifiées par votre médecin traitant : _____ ☐ 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 ? _____	☐ Oui	☐ 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.	☐ Oui	☐ Non
Médicaments à administrer régulièrement ☐ Certificat médical remis Date certificat médical : _____	☐ Oui	☐ Non

Veuillez 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.



En cas de besoin, quels produits de la trousse de premier secours peuvent être administrés à l'enfant ?

☐ Hibidil (désinfectant sans alcool)

☐ Crème solaire

☐ Calmiderm (piqûres insectes)

ou

☐ crème solaire personnelle

☐ Arnica (crème anti-inflammatoire)

☐ Biafine (en cas de brûlure)

Remarques/ Informations importantes : _____

2. Représentants légaux

	☐ Mère Autre ¹ : _____	☐ Père Autre ² : _____
Nom		
Prénom		
Adresse : Identique à l'adresse de l'enfant : ☐ Oui	N° : Rue : L- Lieu :	N° : Rue : L- Lieu :
Matricule		
E-Mail		
Tél. privé	N° Tél 1 : N° Tél 2 :	N° Tél 1 : N° Tél 2 :
Tél. travail	N° Tél 1 : N° Tél 2 :	N° Tél 1 : N° Tél 2 :
Etat civil	☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e)	☐ Séparé(e) ☐ Veuf ou veuve ☐ Célibataire
	☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e)	☐ Séparé(e) ☐ Veuf ou veuve ☐ Célibataire
Langue(s) parlée(s)		
Activité professionnelle	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Heures par semaine	_____ h/sem	_____ h/sem
Congé parental (prière de joindre un certificat)	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Contrat Chèque Service	☐ Oui ☐ Non	Nom du responsable du contrat : _____

¹ Si mère/père n'est pas le représentant légal, alors preuve requise du jugement/ référé

² Si mère/père n'est pas le représentant légal, alors preuve requise du jugement/ référé