S . E . A . B e i e s t a c k
Service d'éducation et d'accueil
11c, Grand-rue L-8510 Redange

Fiche médicale

Nom de l'enfant : .....

Matricule de l'enfant

Personne à avertir en cas d'accident
☐ Mère ☐ Père ☐ Autre
Nom :.....
Téléphone N°: .....

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 :

	Oui	Non
Maladie (besoins de santé spécifiques) Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme, affection cardiaque, etc)	☐	☐
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.

Médicaments à administrer régulièrement
☐ Non
☐ Oui ☐ Certificat médical remis Date certificat médical

Le personnel du S.E.A. BEIESTACK n'a le droit d'administrer des médicaments qu'avec **une ordonnance médicale et une délégation parentale de traitement signée**.

Cependant, le S.E.A. BEIESTACK dispose du nécessaire de première intervention.

En cas de besoin quels produits de la trousse de premier secours peuvent être administrés à l'enfant ?
☐ Hibidil (désinfectant sans alcool)
☐ Crème solaire **ou** ☐ Crème solaire personnelle
☐ Calmiderm (piqûres d'insectes)

Veuillez joindre s.v.p. une photocopie de la carte de vaccination !

Date

Nom du parent/tuteur .....

Signature .....