

# 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>Téléphone privé : _____</p> <p>Téléphone portable : _____</p> <p>Téléphone professionnel : _____</p> <p>Adresse email : _____</p> <p>Langue maternelle : _____</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>Téléphone privé : _____</p> <p>Téléphone portable : _____</p> <p>Téléphone professionnel : _____</p> <p>Adresse email : _____</p> <p>Langue maternelle : _____</p>
<p><b>Relation à l'enfant :</b></p> <p><input type="radio"/> Mère</p> <p><input type="radio"/> Père</p> <p><input type="radio"/> Représentant Légal/Tuteur</p>	<p><b>Relation à l'enfant :</b></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
<b>Désinfectant</b> Pour égratignures, blessures, en vue d'éviter les infections cutanées Nom : <b>CHLORHEXIDINE DIGLUCONATE</b>		
<b>Crème à base d'Arnica</b> Pour hématome, bleu, contusion Nom : <b>ARNICA</b>		
<b>Crème apaisante</b> Pour piqûres d'insectes, brûlures Nom : <b>FLAMIGEL</b>		
<b>Crème hydratante</b> Pour irritations de peau Nom : <b>Crèche → BEPANTHOL</b>		
<b>Crème solaire</b> Pour protection contre les coups de soleil et brûlures Nom : <b>SUNDANCE Sonnenspray Kids</b>		
<b>Spray répulsif</b> Pour protection contre les tiques Nom : <b>ZEDAN</b>		
<b>Sérum physiologique</b> Pour nettoyer et désinfecter		
<b>Pilule iodure de potassium</b> 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