

## Fiche sanitaire (à remplir par les parents)

Noms et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

| Existe-il ? (à préciser)                            | oui | non |
|---|-----|-----|
| Un déficit psychomoteur                             |     |     |
| Des problèmes du comportement                       |     |     |
| Un retard ou des troubles du langage                |     |     |
| Un syndrome d'hyperactivité (enfant hyperkynétique) |     |     |
| Des tendances hémorragiques (hémophilie, etc.)      |     |     |
| Une épilepsie (crises convulsives)                  |     |     |
| Un diabète  |     |     |
| Des allergies ou intolérances                       |     |     |

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (annexer un rapport d'allergologue ou un certificat médical)

| Existe-il ? (à préciser)                     | oui | non |
|--|-----|-----|
| La nécessité d'un régime alimentaire spécial |     |     |

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (annexer certificat médical)

| Existe-il ? (à préciser)                                     | oui | non |
|--|-----|-----|
| Un déficit sensoriel   |     |     |
| - de l'ouïe  |     |     |
| - de la vision   |     |     |
| Un besoin de porter des lunettes, une aide auditive ou autre |     |     |

| Existe-il ? (à préciser)  | oui | non |
|---|-----|-----|
| La nécessité de la prise continue d'un médicament<br>Veuillez fournir la fiche «délégation parentale pour l'administration de médicaments » et l'ordonnance médicale. |     |     |

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

| L'enfant a-t-il contracté une ou plusieurs des maladies suivantes? (à préciser) | oui | non | Date |
|---|-----|-----|------|
| Oreillons   |     |     |      |
| Rubéole   |     |     |      |
| Varicelle   |     |     |      |
| Otite   |     |     |      |
| Asthme  |     |     |      |
| Rougeole  |     |     |      |
| Scarlatine  |     |     |      |
| Interventions chirurgicales   |     |     |      |

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

| Existe-il ? (à préciser) | oui | non |
|--------------------------|-----|-----|
| Autres maladies          |     |     |

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

| Existe-il ? (à préciser)                | oui | non |
|---|-----|-----|
| Un PAI (Projet d'accueil individualisé) |     |     |
| Un plan d'action d'urgence              |     |     |

**Liste de produits pharmaceutiques contenus dans la pharmacie de la Maison relais Krouneberg, à vérifier par les parents**

| Enfants de 4-12 ans   | Accord des parents |
|---|--------------------|
| Crème solaire sans paraben                                      |                    |
| Sistral (en cas de piqûres et de coups de soleil)               |                    |
| Reparil (crème contre les coups et hématomes)                   |                    |
| Arnika ( crème contre les coups et hématomes)                   |                    |
| Euceta (en cas de piqûres et de coups de soleil et d'hématomes) |                    |
| Sparadrap (en cas de petites plaies)                            |                    |
| Glucose (en cas de malaises)                                    |                    |
| Diaseptyl Spray (spray désinfectant)                            |                    |
| Fenistil Crème(en cas de piqûres et de coups de soleil)         |                    |

En cas d'accident nucléaire la Maison relais Krouneberg suit les consignes du Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. Sur l'ordre de la Cellule de Crise et selon les recommandations du Ministre de la Santé, la Maison relais distribuera les comprimés d'iode (65mg) à chaque enfant. Ce comprimé a pour but d'empêcher l'accumulation d'iode radioactif dans la thyroïde. La prise de comprimé d'iodure de potassium peut entraîner des effets secondaires chez les personnes atteintes d'hypersensibilité à l'iode et celles qui ont une maladie thyroïdienne. Pour plus de renseignements : [www.infocrise.lu](http://www.infocrise.lu)

**Le représentant légal (mère, père, tuteur) de l'enfant** \_\_\_\_\_

**certifie que l'enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, qu'il n'est pas atteint d'affection cutanée transmissible, qu'il n'est pas porteur de parasites au moment de l'inscription à la Maison relais Krouneberg.**

**Autres observations et conseils :**

\_\_\_\_\_

Les parents s'engagent à informer de tout changement de l'état de santé de leur enfant par lettre, mail ou inscription supplémentaire sur la fiche sanitaire initiale.

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du représentant légal