Province de Luxembourg
Arrondissement de VIRTON

Commune de
MEIX-DEVANT-VIRTON

Plaines communales

Fiche de renseignements (OBLIGATOIRE - une par enfant)

Cochez les situations pour lesquelles vous autorisez l'Administration communale à capter et à diffuser l'image/le son de votre enfant dans le cadre des activités :

- ❑ photo de groupe souvenir
- ❑ feuillet souvenir
- ❑ affichage aux fenêtres ou dans le couloir pour témoigner du vécu des enfants à leur famille
- ❑ réseaux sociaux (Facebook)
- ❑ site Internet de l'Administration communale
- ❑ article dans le bulletin communal ou la newsletter communale
- ❑ autres supports

❖ **Chef-fe de famille**

NOM :…… Prénom :……
Adresse :……
……
……
Tel. : ……/…… et/ou GSM : ……/……

❖ **Enfant**

NOM :…… Prénom :……
Date de naissance : ……../……../……..

Personne(s) à contacter en cas d'urgence en plus du/de la chef-fe de famille :
NOM : …… Lien avec l'enfant : …… Tél : ……/……
NOM : …… Lien avec l'enfant : …… Tél : ……/……
NOM : …… Lien avec l'enfant : …… Tél : ……/……

Personne(s) autorisées à venir rechercher votre enfant : ……
……
……

NOM et N° de téléphone du médecin traitant : ……

Votre enfant peut-il participer aux activités proposées (sport, excursions, jeux, piscine, …) ? ❑ oui ❑ non
Si non, lesquelles ? ……

Votre enfant sait-il/elle nager ? ❑ pas du tout ❑ un peu ❑ très bien
A-t-il/elle peur de l'eau ? ❑ oui ❑ non
Aucune sortie piscine ne sera proposée aux enfants âgés de 2,5 à 3 ans.

Votre enfant a-t-il subi des maladies ou interventions médicales (ex : appendicite) ? ❑ oui ❑ non
Si oui, lesquelles et en quelle année ? ……

Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? ❑ oui ❑ non Si oui, date du dernier rappel : ……..

Quel est le groupe sanguin de votre enfant ? ……

Quel est le poids de votre enfant ? ……
Cette information a pour objectif de faciliter la prise en charge médicale d'urgence.

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? ❑oui ❑non
Si oui, lequel (spécifiez) ……
……

Votre enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? ❑ oui ❑ non
Si oui, laquelle/lesquels ? ……
Quelles en sont les conséquences et quelle réaction à avoir ? ……
……
……

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? ❑ oui ❑ non
Si oui, le(s)quel(s) (nom + dosage éventuel) ? ……
……
……
Est-il autonome dans la prise de ce(s) médicament(s) ? ❑ oui ❑ non
Si non, merci de fournir un cerficat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.

Votre enfant est-il propre ? ❑ oui ❑ non
Si non, merci de fournir le nécessaire de change à l'équipe d'encadrement.

Quels autres renseignements jugez-vous importants à nous transmettre en lien avec le comportement/les besoins de votre enfant ou données médicales **?** Exemple : port d'un appareil auditif, besoin d'un objet transitionnel, tendance à vouloir explorer les environs seul, …
……
……
……

Je soussigné(e) (NOM, prénom) ……

❑ père ❑ mère ❑ tuteur de (NOM, prénom de l'enfant) ……

- ✓ place mon enfant sous la responsabilité de l'équipe d'encadrement,
- ✓ reconnais avoir lu et approuvé le projet d'accueil comprenant le projet pédagogique et le règlement d'ordre intérieur,
- ✓ marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par l'équipe d'encadrement durant la fréquentation de mon enfant aux temps d'accueil auxquels il participe,
- ✓ laisse toute initiative au médecin sur place de poser tout acte indispensable et en mesure de la gravité de la situation pour assurer l'état de santé de mon enfant, au cas où son état de santé réclamerait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté-e personnement.

Date et signature