Réinitialiser Envoyer

BOUS-WALDBREDIMUS
Een Dall, eng Gemeng

Maison Relais Waldbredimus „am Kiischtenäsecht"

INFORMATIONS MEDICALES

Année scolaire : 2024/25

☐ 1ère demande ☐ Modification à partir du: _____

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

N° Carte CSA: _____

☐ **OUI**	Est-ce que l'enfant est **vacciné** ? ➔ si oui, veuillez joindre une copie de la carte de vaccination à cette demande.	☐ **NON**
☐ **OUI**	Est-ce que votre enfant nécessite un **encadrement spécifique** ? ➔ Si oui, veuillez indiquer les détails dans la case « remarques » ci-dessous.	☐ **NON**
☐ **OUI**	Est-ce que votre enfant souffre d'une **maladie chronique ou d'allergies** ? Suit-il un traitement spécifique/ une médication particulière ? ➔ Si oui, veuillez indiquer les détails dans la case « remarques » ci-dessous.	☐ **NON**
☐ **OUI**	Est-ce que l'enfant porte des **lunettes** ?	☐ **NON**
☐ **OUI**	Est-ce que l'enfant porte un **appareil auditif** ?	☐ **NON**
☐ **OUI**	Est-ce que l'enfant porte un **appareil orthodontique** ?	☐ **NON**

Médecin généraliste ou pédiatrique de l'enfant (Nom, Adresse et Nr de téléphone) :

Remarques :

EN CAS DE MALADIES CHRONIQUES GRAVES
(= risque de mort ou de lésions graves) (asthme, épilepsie, allergies comportant le risque d'un choc anaphylactique…) **VOUS DEVEZ ETABLIR ANNUELLEMENT, EN COLLABORATION AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT, UN « PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUEL » (PAI).**
Pour plus d'informations concernant le PAI, veuillez contacter le service de la médecine scolaire (75 82 81 - 1)

LE DOCUMENT « DÉLÉGATION PARENTALE D'UN ACTE D'AIDE»
(disponible sur demande auprès de la chargée de direction ou sur www.waldbredimus.lu) EST, LE CAS ÉCHÉANT, À JOINDRE

réservé à l'administration

Nom, prénom et signature: