



**Fiche sanitaire**

**CONFIDENTIEL**

**GARDERIE & CENTRE D'ÉTUDES**

**Centre Polyvalent de l'Enfance**

**A remplir par le parent ayant un lien statutaire avec l'institution et le médecin**  
**et à rendre au Service Médical du**

**Centre Polyvalent de l'Enfance**  
**1, rue Albert Borschette**  
**L - 1246 Luxembourg - Kirchberg**

**Partie Parents**

Garderie  Centre d'études   
*cochez la case correspondante*

**Année scolaire 20.. / 20.. \***

**ENFANT**

Nom : \*

Prénom : \*

Sexe : \*

Masculin

Féminin

Date de naissance :\*

Lieu de naissance :\*

Adresse des parents : \*

Téléphone privé : \*

*\* champs obligatoires*

**PERE**

Nom : \*

Prénom : \*

Téléphone bureau :\*

GSM :\*

Adresse électronique : \*

**MERE**

Nom : \*

Prénom : \*

Téléphone bureau :\*

GSM :\*

Adresse électronique : \*

*\* champs obligatoires*

**AUTRE(S) PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom et prénom : \*

GSM : \*

**\* 1 copie du carnet de vaccination à jour est obligatoire.**

**\* Renseignements fournis par les parents et signés par le pédiatre.**

**Partie Médecin**

**I) Existe-t-il? : \*** (à préciser)

- un déficit psychomoteur .....
- un déficit sensoriel :
  - de l'ouïe .....
  - de la vision .....
- des problèmes du comportement .....
- un retard ou des troubles du langage .....
- un syndrome d'hyperactivité (enfant hyperkinétique) .....
- des allergies (si oui, annexer un rapport d'allergologue) .....
- des tendances hémorragiques (hémophilie, etc.) .....
- une épilepsie (crises convulsives) .....
- un diabète .....
- une intolérance au gluten .....
- la nécessité d'un régime alimentaire spécial .....
- la nécessité de la prise continue d'un médicament (préciser lequel et le mode d'administration).....

**II) L'enfant a-t-il contracté une ou plusieurs des maladies suivantes? : \* (à préciser)**

*(répondre par oui, en indiquant la date (année) s'il y a lieu)*

- oreillons .....
- rubéole .....
- varicelle .....
- otite .....
- asthme .....
- rougeole.....
- scarlatine.....
- interventions chirurgicales .....
- autres maladies .....

*\* Le Docteur en médecine soussigné (nom, adresse, téléphone et cachet du médecin obligatoire)*

.....  
.....

*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.*

*Autres observations et conseils :*

.....  
.....  
.....

**Date** .....

**Signature** .....

Partie Parents

**\*Autorisation des parents :**

Je soussigné(e), (nom et prénom du parent) : \* .....  
autorise le **Service médical et l'Administration** du **CPE** à prendre toutes les mesures d'ordre médical ou  
chirurgical que nécessiterait l'état de mon enfant (nom et prénom de l'enfant) \* .....  
.....

- en cas de maladie ou suite à un accident survenu pendant sa présence au CPE;
- en cas d'urgence ou d'accident et à le faire transporter immédiatement à l'hôpital de service.

***J'ai pris connaissance du règlement d'admission et de fonctionnement et j'en accepte les conditions.***

***Luxembourg, le .....***      ***Signature .....***

**Tout dossier incomplet sera refusé par le Service médical.**