Association Luxembourgeoise
des Intolérants au Gluten

Asbl reconnue d'utilité publique par arrêté grand-ducal du 6 juin 2003

FICHE MEDICALE

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Téléphone (maison) .....GSM.....

Sexe .....Âge .....

N° sécurité sociale.....

État de santé

L'enfant souffre-t-il de :	OUI	NON
Épilepsie	☐	☐
Hyperactivité	☐	☐
Diabète	☐	☐
Somnambule	☐	☐
Mouille son lit	☐	☐

Autres indications, spécifier svp : .....

.....

.....

Allergies / Intolérances (autres que MC) .....

Votre enfant doit-il prendre un médicament ?.....

Si oui, lequel.....

Posologie.....

Qui est autorisé à administrer le médicament ? Enfant / Personnel du camp

L'alimentation proposée pendant le séjour sera conforme au régime sans gluten. Il n'y aura pas de produits avec un ingrédient contenant du gluten. Néanmoins, les aliments proposés et utilisés ne seront pas tous certifiés sans gluten via logo officiel mais seront en partie préparés par des membres de familles concernées par le régime sans gluten. L'absence de traces ne peut dès lors pas être exclue à 100%. Il en va de même pour les autres allergènes. L'ALIG et les personnes encadrant le week-end feront tout leur possible pour éviter d'éventuelles contaminations.

Je soussigné(e) décharge l'ALIG et les personnes responsables de toute responsabilité en cas de problèmes liés aux troubles alimentaires (allergies et/ou intolérances) intervenant durant le week-end.

Signé à ..... Date .....

Signature du parent ou responsable légal : .....

Adresse de correspondance :
ALIG a.s.b.l.
110, avenue Gaston Diderich
L-1420 Luxembourg

Tél. : 26 38 33 83 (8h00 – 12h00)
BILLLULL LU95 0022 1258 0095 6900
contact@alig.lu – www.alig.lu - R.C.S F670