



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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouille son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 (matin)  
BILLULL LU95 0022 1258 0095 6900  
[contact@alig.lu](mailto:contact@alig.lu) – [www.alig.lu](http://www.alig.lu) - R.C.S F670