

Fiche médicale 2021/2022

Medizinisches Merkblatt

Cette fiche sera utilisée avec la discrétion nécessaire. Dieses Merkblatt wird mit der nötigen Vertraulichkeit verwendet.

Nom de l'enfant:

Name: _____

Prénom:

Vorname: _____

Matricule:

Versicherungsnr.: _____

Caisse de Maladie:

Krankenkasse: _____

Matricule parents:

Versicherungsnr. Eltern: _____ / _____
 mère/ Mutter pere/Vater

A qui s'adresser en cas d'urgence en absence des parents/du tuteur

Kontaktperson im Falle eines Notfalls, bei nicht Erreichen des Vormunds

Nom:

Name: _____

Prénom:

Vorname: _____

Tél.privé:

Telefon privat: _____

GSM:

Mobiltelefon: _____

Bureau:

Arbeit: _____

Médecin connaissant le mieux l'état de santé de l'enfant

Arzt der den Gesundheitszustand des Kindes am besten kennt

Nom:

Name: _____

Prénom:

Vorname: _____

Tél.:

Telefon: _____

GSM:

Mobiltelefon: _____

Médicaments pris régulièrement:

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

Médicament

Medikament

Dosage/nombre de prises (matin/midi/soir? avant, après repas..?):

Dosierung/Zahl der Einnahmen (Morgens/Mittags/Abends? vor/nach dem Essen...?)

Si l'enfant doit prendre régulièrement des médicaments pendant les heures de nos services, veuillez joindre une ordonnance ou faire signer la présente par le médecin.

Wenn Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen muss, fügen Sie bitte eine Bescheinigung vom Arzt bei, oder lassen Sie dieses Formular vom Arzt unterschreiben.

Handicap éventuel:

Eventuelle Behinderung:

Est-ce que l'enfant peut participer à toutes les activités, sports, ..?

oui

non

Kann das Kind bei jeder Aktivität, Sportart, ... teilnehmen?

Ja

Nein

Si non, lesquelles sont à éviter:

Wenn nicht, welche sind zu vermeiden:

Est-ce que l'enfant sait nager?

oui

non

Kann das Kind schwimmen?

Ja

Nein

Allergies:**Allergies intolérances alimentaires*:***Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit:*

- céréales contenant du gluten (1) Glutenhaltige Getreide
- crustacés et produits à base de crustacés (2) Krebstiere und daraus gewonnene Erzeugnisse
- œufs et produits à base d'œufs (3) Eier und daraus gewonnene Erzeugnisse
- poisson et produits à base de poisson (4) Fisch und daraus gewonnene Erzeugnisse
- arachides et produits à base d'arachides (5) Erdnüsse und daraus gewonnene Erzeugnisse
- soja et produits à base de soja (6) Sojabohnen und daraus gewonnene Erzeugnisse
- lait et produits à base de lait (7) Milch und daraus gewonnene Erzeugnisse
- fruits à coque et produits à base de ces fruits (8) Schalenfrüchte und daraus gewonnene Erzeugnisse
- céleri et produits à base de céleri (9) Sellerie und daraus gewonnene Erzeugnisse
- moutarde et produits à base de moutarde (10) Senf und daraus gewonnene Erzeugnisse
- graines de sésame et produits à base de sésame (11) Sesamsamen und daraus gewonnene Erzeugnisse
- anhydride sulfureux et sulfites (12) Schwefeldioxid und Sulphite
- lupin et produits à base de lupin (13) Lupinen und daraus gewonnene Erzeugnisse
- mollusques et produits à base de mollusques (14) Weichtiere und daraus gewonnene Erzeugnisse
-

L'enfant peut manger:

- Repas à éviction simple (ne peut être servi qu'aux enfants qui supportent les éventuelles traces de leurs allergènes).
Mahlzeit mit einfachem Allergenausschluss (für Kinder die eventuelle Spuren dieser Allergene vertragen)
- plateau-repas hypoallergénique. Veuillez nous contacter !
vollständig hypoallergene Mahlzeit. Setzen Sie sich mit uns in Verbindung!

Autres allergies :*Andere Allergien:*

Est-ce qu'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) a déjà été établi ?

 Oui / Ja Non / Nein*Besteht schon ein PAI ?***Une copie de la carte de vaccination est à joindre obligatoirement !*****Eine Kopie der Impfkarte muss unbedingt beigelegt werden !*****Autres remarques importantes:***Andere wichtige Hinweise:***Autorisation parentale***Elterliche Erlaubnis*

Par la présente, je soussigné(e) _____

Hiermit gebe ich

de l'enfant _____

des Kindes

autorise le personnel d'encadrement, dans l'impossibilité

dem Erzieherpersonal die Erlaubnis, im Falle einer Krankheit oder eines Unfalls den Arzt seiner Wahl aufzusuchen, wenn ich nicht vorher zu erreichen bin.

Je soussigné(e), autorise les médecins consultés, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à faire

Ich gebe dem gewählten Arzt die Erlaubnis, wenn ich nicht vorher erreichbar bin, sämtlich nötigen medizinische Maßnahmen

tout examen ou intervention médicale et/ou chirurgicale jugés nécessaires en cas d'urgence.

*im Falle eines Notfalls durchzuführen.*le,
den**signature parents/tuteur***Unterschrift Eltern/Vormund***signature médecin****Unterschrift Arzt*

* Obligatoire si l'enfant souffre d'une allergie ou doit prendre des médicaments.

*Obligatorisch wenn das Kind eine Allergie hat oder Medikamente einnehmen muss