



Fiche Médicale

< 18 Joer / ans

1.	Numm :	_____
	<i>Nom</i>	
2.	Virnumm :	_____
	<i>Prénom</i>	
3.	Grupp :	_____
	<i>Groupe</i>	

4. Dës Fiche ass vun den Elteren auszufëllen. All d'Donnéë gi vertraulech behandelt an den Ziedel gëtt spëtstens no engem Joer zerstéiert.

Cette fiche est à remplir par les parents. Toutes les données recueillies seront traitées avec discrétion et cette feuille sera détruite au plus tard après un an.

5.	Adress (Nr a Strooss) :	_____	6.	PLZ :	_____
	<i>Adresse (n° et rue)</i>			<i>Code Postal</i>	
7.	Uertschaft	_____	8.	Telefon :	_____
	<i>Localité</i>			<i>Téléphone</i>	
9.	Matricule :		10.	Krankekees :	_____
				<i>Caisse de maladie</i>	

11. Datum vun der leschter Impfung géint de Starrkrampf : _____
Date de la dernière vaccination contre le tétanos

12. Medezinesch Virgeschicht (z.B. Krankheeten, Operatiounen, Behënnerungen, Bettnässer, ...) :
Antécédents médicaux (p.ex. maladies, opérations, handicaps, énurésie, ...)

13.	Allergien (lessen, Planzen, Déieren, Medikamenter, ...) :	14.	Eventuell Behandlung :
	<i>Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments, ...)</i>		<i>Traitement éventuel</i>

15. Medikamenter déi regelméisseg (z.B. all Dag) musse geholl ginn :
Médicaments devant être pris régulièrement (p.ex. tous les jours)

16. Medikament <i>médicament</i>	17. Dosis <i>dosage</i>	18. moies / mëttes / owes <i>matin / midi / soir</i>	19. virum / nom lessen <i>avant / après les repas</i>

20. Mäi Kand kann seng Medikamenter autonom huelen : jo Nee, d'Chefs sollen sech dorëm bekëmmere.
Mon enfant peut prendre ses médicaments de manière autonome *oui* *Non, les animateurs doivent s'en charger.*



21. Mäi Kand ka bei allen physeschen a sportlechen Aktivitéite matmaachen : jo nee
Mon enfant peut participer à toutes les activités physiques et sportives oui non

22. Wann nee, wéieng sinn ze vermeiden ?
Si non, quelles sont les activités à éviter ?

Empty rectangular box for answer to question 22.

23. Mäi Kand kann gutt net gutt guer net schwammen.
Mon enfant sait bien pas bien pas nager.

24. Spezielle Regime, deen eventuell muss agehale ginn :
Régime particulier éventuel

Empty rectangular box for answer to question 24.

25. Coordonnéeë vun den Eltere fir de Noutfall :
Coordonnées des parents en cas d'urgence

26. Numm a Virnumm
Nom et prénom

27. Telefon :
Téléphone

26. Numm a Virnumm
Nom et prénom

27. Telefon :
Téléphone

28. Persoun déi soll kontaktéiert gi wann d'Elteren net ze erreeche sinn :
Personne à contacter si les parents ne sont pas joignables

29. Numm a Virnumm
Nom et prénom

30. Telefon :
Téléphone

31. Bezéiung vun dëser Persoun zum Kand :
Lien de parenté avec l'enfant

32. Dokter deen d'Kand am beschte kennt :
Médecin connaissant le mieux l'enfant

33. Numm a Virnumm
Nom et prénom

34. Telefon :
Téléphone

35. Weider Bemierkungen :
Remarques supplémentaires

36. Autorisation parentale :

Par la présente, j'autorise les animateurs responsables à entreprendre les démarches nécessaires en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, notamment à consulter un médecin de leur choix. Au cas où l'état de santé de mon enfant réclamait une décision urgente, et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse l'initiative au médecin traitant pour le choix de tout examen, traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire.

38. Papp / Mamm / Tuteur * vum :
37. Numm a Virnumm, nom et prénom Père / mère / tuteur * de 39. Numm vum Kand, nom de l'enfant

40. Datum, date

41. Ënnerschrëft, signature

* : 42. Aussträiche wat net zoutréfft.
Rayer les mentions inutiles.

43. W.e.g. eng rezent Kopie vun der Impfkaart bäileeën. Prière de joindre une copie récente de la carte de vaccination.

44. Eng béidsäiteg Kopie vun der Krankekeesskaart bäileeën. Prière de joindre une copie des deux faces de la carte de Sécurité Sociale.