



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, ...) : <i>Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments, ...)</i>	14. Eventuell Behandlung : <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 bekëmmern.
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 ?

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

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 : _____
*Père / mère / tuteur * de*

37. Numm a Virnumm, *nom et prénom*

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.*