



Fiche Médicale

< 18 Joer

1. Numm : _____
Nom

2. Virnumm : _____
Prénom

3. Grupp : _____
Groupe

4. Dës Fiche ass vun den Elteren auszufüllen. All d'Donnéen ginn vertraulech behandelt an den Ziedel gëtt spéidstens 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 : _____
Adresse (n° et rue) *Code Postal*

7. Uertschaft : _____ 8. Telefon : _____
Localité *Téléphone*

9. Matricule :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 10. Krankekeess : _____
Caisse de maladie

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

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

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

15. Medikamenter déi regelméisseg (z.B. all Dag) mussen 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. Mäin Kand kann seng Medikamenter autonom huelen : jo Nee, d'Chefs sollen sech dorem bekëmmere.
Mon enfant peut prendre ses médicaments de manière autonome *oui* *Non, les animateurs doivent s'en charger.*



21. Mäin Kand kann bei allen physeschen a sportlechen Aktivitéiten 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. Mäin Kand kann gutt net gutt guer net schwammen.
*Mon enfant sait *bien pas bien pas nager.**

24. Speziellen Regime, deen eventuell muss agehalen ginn :
Régime particulier éventuel

25. Coordinnéen vun den Elteren 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 ginn wann d'Elteren net ze erreechen 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 beschten 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. Aussträichen wat net zoutréfft.
Rayer les mentions inutiles.

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

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