

An de Wolleken

Service d'éducation et d'accueil

24, Kierlingerstrooss
L-5685 Dalheim

T +352 23 66 85 96 - 47
F +352 23 66 85 96 - 60
direction.rdal@elisabeth.lu
www.elisabeth.lu

ANNEXE 5 FICHE DE SANTE

1. COORDONNEES DE L'ENFANT

Persönliche Daten des Kindes

Nom

Name

Date de naissance

Geburtsdatum

Prénom

Vorname

Lieu de naissance

Geburtsort

Matricule

Sozialversicherungsnummer

2. COORDONNEES DU MEDECIN CONNAISSANT LE MIEUX L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT

Informationen bezüglich des Arztes, welcher am besten den Gesundheitszustand des Kindes kennt

Médecin généraliste

Allgemeinmediziner

Nom

Name

Hôpital

Krankenhaus

Prénom

Vorname

Tél. cabinet médical

Tel. Praxis

Localité

Ortschaft

Tél. hôpital

Tel. Krankenhaus

Médecin spécialiste (si nécessaire)

Facharzt (wenn benötigt)

Nom

Name

Hôpital

Krankenhaus

Prénom

Vorname

Tél. cabinet médical

Tel. Praxis

Localité

Ortschaft

Tél. hôpital

Tel. Krankenhaus

3. ETAT DE SANTE ACTUEL DE L'ENFANT

Aktueller Gesundheitszustand des Kindes

Est-ce que l'enfant se porte bien ?

Fühlt Ihr Kind sich wohl ?

☐

oui

ja

☐

non

nein

Si non, de quoi se plaint-il ?

Wenn nicht, worüber beklagt es sich ?

L'état de santé, présente-il des particularités à considérer ?

Gibt es gesundheitliche Besonderheiten, die zu beachten sind ?

Suit-il un traitement/une médication particulière ? (si oui, prière de remplir l'annexe 6 et d'annexer une copie de la prescription médicale)

Ist Ihr in Kind in spezieller Behandlung / nimmt es spezielle Medikamente ? (wenn ja, bitte Annexe 6 ausfüllen und eine Kopie der ärztl. Verordnung beifügen)

Existe-il un protocole d'urgence pour ce problème de santé ?

Besteht ein Notfallprotokoll für dieses gesundheitliche Problem?

☐ oui ☐ non

Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)?

Besteht ein PAI ?

☐ oui ☐ non

Votre enfant, souffre-t-il d'énurésie ?

Nässt Ihr Kind ein ?

En journée ☐ oui ☐ non

Am Tag

En dormant ? ☐ oui ☐ non

Im Schlaf ?

Langage Sprache

Est-ce que l'enfant parle correctement ? ☐ oui ☐ non

Spricht das Kind fehlerfrei?

A-t-il un défaut de prononciation ? ☐ oui ☐ non

Hat es Schwierigkeiten mit der Aussprache ?

Bégaye-t-il ? ☐ oui ☐ non

Stottert es ?

Informations supplémentaires ☐ oui ☐ non

Zusatzinformationen

Alimentation Ernährung

Votre enfant suit-il un certain régime alimentaire ?

Ernährt sich ihr Kind nach einer speziellen Diät oder Essgewohnheit?

☐

oui

ja

☐

non

nein

Si oui, lequel ?
Wenn ja, welche ?

Votre enfant souffre-t-il d'allergie de l'alimentation ?
Hat Ihr Kind eine Lebensmittelallergie ?

☐ oui
ja

☐ non
nein

Allergies ou intolérances Allergien oder sonstige Auffälligkeiten	
Type Art	Aliment à éviter Zu vermeidendes Nahrungsmittel

Prrière d'annexer une copie d'un certificat médical des allergie
ou intolérances

Bitte ärztliches Attest der Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten einreichen.

4. DIVERS Sonstiges

Est-ce que votre enfant porte :
Trägt Ihr Kind :

des lunettes ?
eine Brille ?

☐ oui
ja

☐ non
nein

des lentilles de contact ?
Kontaktlinsen ?

☐ oui
ja

☐ non
nein

un appareil auditif ?
ein Hörgerät ?

☐ oui
ja

☐ non
nein

un appareil orthodontique ?
Eine Zahnspang ?

☐ oui
ja

☐ non
nein

Autres :

Andere :

Est-ce que votre enfant peut participer à toutes les activités, sports, ... ?
Kann Ihr Kind an allen Tätigkeiten, Sportarten, usw. teilnehmen?

☐ oui
ja

☐ non
nein

Prère de joindre un certificat
médical.

Bitte ärztliches Zeugnis vorlegen.

Si non, lesquels sont à éviter ?
Wenn nicht, welche sind zu vermeiden ?

5. Remarques

Anmerkungen

J'ai connaissance qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et d'informer immédiatement par écrit l'institution de tout changement important concernant la distribution des médicaments de mon enfant.

Certificats	Remis		en date du
Certificat Allergies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Protocole d'urgence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Projet d'Accueil Individualisé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Certificat restriction sport	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Lieu _____, le ____ / ____ / ____

Représentant légal de l'enfant