



# 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, ...) :<br><i>Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments, ...)</i> | 14. Eventuell Behandlung :<br><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<br><i>médicament</i> | 17. Dosis<br><i>dosage</i> | 18. moies / mëttes / owes<br><i>matin / midi / soir</i> | 19. virum / nom lessen<br><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 ?*

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.*