



# 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 ?*

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.*