

Dëse Formulaire soll ee beim Responsabele vun der Aktivitéit ofginn. Dës Fiche ass vun den Elteren auszufüllen. All d'Donnéë gi vertraulech behandelt an den Ziedel gëtt spëttstens no engem Joer zerstéiert.

- ➔ W.e.g. eng rezent Kopie vun der Impfkaart bäileeën.
- ➔ W.e.g. eng béidsäiteg Kopie vun der Krankekeesskaart bäileeën.

Perséinlech Donnéeë vum Kand

Virnumm	Numm	Grupp

Adress (Nr, Strooss)	Postleitzuel / Uertschaft

	CNS / aner:
Matricule (lëtz.)	Krankekees

Datum vun der leschter Impfung géint de Starrkrampf: <i>(All 10 Joer soll e Rappel vum Tetanus gemaach ginn)</i>	
Medezinesch Virgeschicht (z.B. Krankheeten, Operatiounen, Behënnerungen, Bettnässer):	
Allergien (lessen, Planzen, Déieren, Medikamenter) an eventuell Behandlung dogéint:	
Spezielle Regime, deen eventuell muss agehale ginn:	

Medikamenter déi regelméisseg (z.B. all Dag) musse geholl ginn

Medikament	Dosis	moies/mëttes/owes	virum/nom lessen

Mäi Kand kann seng Medikamenter selwer huelen:

Jo

Nee, d'Chefs solle sech dorëm
këmmeren.

Wéi kann d'Kand schwammen?	gutt	net gutt	guer net
Mäi Kand ka bei alle physeschen a sportlechen Aktivitéite matmaachen		jo	nee
Wann nee, wéieng sinn ze vermeiden?			

Coordonnéë vum den Eltere fir de Noutfall			
Numm a Virnumm		Tel.	
Numm a Virnumm		Tel.	

Persoun déi soll kontaktéiert gi wann d'Elteren net ze erreeche sinn			
Numm a Virnumm		Tel.	
Bezéiung vun dëser Persoun zum Kand			

Dokter deen d'Kand am beschte kennt			
Numm a Virnumm		Tel.	

Bemierkungen:

Autorisation parentale:

L - Heimat erlaben ech de responsabele Cehf/tainen, am Fall vun enger Krankheet oder Accident vu mengem Kand, en Dokter vun hirem Choix opzesichen. Falls de gesondheetleschen Zoustand vu mengem Kand eng dréngen d'Decisioun erfuerdert, an ech perséinlech net z'erreeche sinn, iwwerloossen ech dem Dokter d'Entscheidung fir all Ënnersichung, medezinesch a chirurgesch Behandlung, déi hien noutwendeg fënnt.

F - 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.

Papp / Mamm / Tuteur * vum

Numm a Virnumm

Numm a Kand

Datum

Ënnerschrëft

* Aussträichen, wat net zoutrëfft