



## SEA Crèche Méckenhaischen de la Commune de Roeser

### Fiche médicale et d'information

#### Medizinisches und informatives Merkblatt

Cette fiche sera utilisée par le (la) chargé(e) de direction avec la discrétion nécessaire.

Dieses Merkblatt wird mit der nötigen Vertraulichkeit von der leitenden Person verwendet

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Naissance après : \_\_\_\_\_ semaines

Geburt nach wieviel Wochen

Nom : \_\_\_\_\_

Name :

Prénom : \_\_\_\_\_

Vorname :

Matricule : \_\_\_\_\_

Versicherungsnr. : \_\_\_\_\_

Caisse de maladie :  CNS  CFL

Krankenkasse :  CMFEP  CMFEC

Caisse de maladie privée :  DKV  CMCM

Privatkrankenkasse :  MEDICIS  \_\_\_\_\_

**A qui s'adresser en cas d'urgence ?**  mère

Kontaktperson im Falle eines Notfalls

Mutter

père

Vater

tuteur

Vormund

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. privé : \_\_\_\_\_

Name :

Vorname :

Telefon privat :

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_

Anschrift :

Telefon Arbeit :

GSM : \_\_\_\_\_

Mobiltelefon :

**A qui s'adresser en cas d'urgence en absence de la 1<sup>ère</sup> personne ?**  mère  père  tuteur  autre

Kontaktperson im Falle eines Notfalls wenn Person 1 nicht erreichbar ist

Mutter

Vater

Vormund

Andere

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. privé : \_\_\_\_\_

Name :

Vorname :

Telefon privat :

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_

Anschrift :

Telefon Arbeit :

GSM : \_\_\_\_\_

Mobiltelefon :

**Médecin connaissant le mieux l'état de santé de l'enfant ?**

Arzt der den Gesundheitszustand des Kindes am besten kennt

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Name :

Vorname :

Telefon :

**Contraintes physique:** \_\_\_\_\_

Körperliche Einschränkungen :

**Médicaments pris régulièrement :**

Regelmässig einzunehmende Medikation

**Nom du médicament :** \_\_\_\_\_

Name de Medikamentes :

**Dosage** \_\_\_\_\_

Dosierung :

**Nbr de Prise :** \_\_\_\_\_

Anzahl der Einnahmen :

**Matin/Midi/Soir ?** \_\_\_\_\_

morgens/mittags/abends ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antécédents :**

Krankengeschichte

chirurgicaux : \_\_\_\_\_

Operationen :

médicaux : \_\_\_\_\_

Krankheiten :

**Autres remarques:** \_\_\_\_\_

*Andere Hinweise :*

**Allergies/intolérances:** \_\_\_\_\_

*Allergien/Unverträglichkeiten*

(rhume de foins, médicaments,  
abeilles,...)

(Heuschnupfen, Medikamente,  
Bienen, Wespen,...)

**Projet d'accueil individualisé établi (PAI):**  Oui  Non

*Individuelles Betreuungsprojekt erstellt*

*Ja*

*Nein*

**Précautions à prendre :** \_\_\_\_\_

*Einzuhaltende Vorsichtsmaßnahmen*

**Alimentation :**

*Ernährung*

**Lait en poudre**

*Muttermilch*

**spécifique**

*Milchpuder*

\_\_\_\_\_ *Spezialnahrung*

**Lait maternel**

**Durée :** \_\_\_\_\_

*Dauer*

**Est-ce que l'enfant porte :** des lunettes  Oui  Non

*Trägt das Kind*

*eine Brille*

*Ja*

*Nein*

Autre : \_\_\_\_\_

*Weitere*

un appareil auditif  Oui  Non

*ein Hörapparat*

*Ja*

*Nein*

**Est-ce que l'enfant peut participer à toutes les activités, sports,... ?**

*Kann das Kind bei jeder Aktivität, Sportart teilnehmen?*

Oui  Non

*Ja*

*Nein*

Si non, lesquelles sont à éviter:

*Wenn nicht, welche sind zu vermeiden:*

**L'enfant suit le programme des vaccinations ?**

*Durchgeführtes Impfprogramm ?*

Oui/Ja

Non/Nein

Une copie de la carte de  
vaccinations est à joindre et à  
actualiser obligatoirement.

*Eine Kopie des Impfscheines ist  
obligatorisch beizufügen und zu  
aktualisieren.*

**Est-ce que l'enfant est suivi par:**

*Erfolgt bei dem Kind eine regelmäßige Beobachtung von:*

	Oui	Non	Nom
<b>Service spécial</b> Spezialservice			
<b>Kinésithérapeute</b> Physiotherapeut			
<b>Médecin spécialiste</b> Spezialist			
<b>Ergothérapeute</b> Ergotherapeut/in			
<b>Diététicien/ne</b> Ernährungsberaterin			
<b>Psychomotricien/ne</b> Spezialist für Psychomotorik			
<b>Service social</b> Sozialdienst			
<b>Service de logopédie</b> Logopäde			
<b>Autres/</b> weitere			

**Autorisation parentale /Elterliches Einverständnis**

Par la présente, je soussigné(e) \_\_\_\_\_,  mère,  père,  tuteur de l'enfant

*Hiermit gebe ich*

*Mutter    Vater    Vormund des Kindes*

autorise le personnel de la crèche, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à consulter un médecin de son choix en cas de maladie ou accident.

*dem Verantwortlichen der « Crèche » die Erlaubnis, wenn ich nicht vorher zu erreichen bin, im Falle einer Krankheit oder eines Unfalles den Arzt seiner Wahl aufzusuchen.*

Je soussigné(e), autorise les médecins consultés, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à faire tout examen ou intervention médicale et/ou chirurgicale jugés nécessaires en cas d'urgence.

*Ich gebe dem gewählten Arzt die Erlaubnis, wenn ich nicht vorher erreichbar bin, sämtliche nötigen medizinischen Maßnahmen im Falle eines Notfalls durchzuführen.*

Signature/Unterschrift

\_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
den

.....

**En cas de changement, veuillez actualiser la fiche médicale et d'information.**

*Jegliche Veränderung muss im medizinischen und informativen Merkblatt eingetragen werden.*

« J'accepte que les informations saisies dans le présent formulaire soient traitées conformément au règlement européen 2016/679 relatif à la protection des données, suivant le détail consultable sur le site internet communal (rubrique „Mentions légales“) ».

Signature/Unterschrift

\_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....

✂-----

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

<b>Autorisation /Einverständnis</b>	<b>Oui/ja</b>	<b>Non/nein</b>
<b>Produits pharmaceutiques</b> (selon la fiche autorisation spéciale) Pharmazeutische Produkte (siehe Spezialerlaubnis)		
<b>Piscine</b> Schwimmbad		
<b>Photos</b> (internet...) Fotos (Internet...)		
<b>Equitation</b> Reiten		
<b>Sortie camionnette</b> Ausfahrt mit dem Minibus		

Signature/Unterschrift

\_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....