



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

père

Vater

tuteur

Vormund

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 :

Adresse : _____

Anschrift :

Contraintes physique:

Körperliche Einschränkungen :

Médicaments pris régulièrement :

Regelmässig einzunehmende Medikation

Nom du médicament :

Name des 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 foin,
médicaments,
abeilles,...)

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 :

Trägt das Kind

des lunettes

Oui

Non

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
Service spécial Spezialservice			
Kinésithérapeute Physiotherapeut			
Médecin spécialiste Spezialist			
Ergothérapeute Ergotherapeut/in			
Diététicien/ne Ernährungsberaterin			
Psychomotricien/ne Spezialist für Psychomotorik			
Service social Sozialdienst			
Service de logopédie Logopäde			
Autres/ 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 : _____

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

Signature/Unterschrift

_____ le, ____/____/____
