

ACTIVITÉS D'ÉTÉ 2024 NATURE & AVENTURE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS & DE SANTÉ

COORDONNEES DE L'ENFANT

Persönliche Daten des Kindes

Nom
Name

Prénom
Vorname

Adresse
Anschrift

N° _____ rue _____

CP _____ lieu _____

Matricule

Sozialversicherungsnr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C 1

C 2

C 3

C 4

Nationalité
Nationalität

L

F

D

P

GB

Autres _____

Sexe

Geschlecht

Féminin
Weiblich

Masculin
Männlich

autre
anders

Représentants légaux

Erziehungsberechtigte Personen

Personne de contact (Représentant légal 1)

Kontaktperson (Erziehungsberechtigte Person 1)

Représentant légal 2

Erziehungsberechtigte Person 2

Nom
Name

Nom
Name

Prénom
Vorname

Prénom
Vorname

Parenté
Verwandschaftsgrad

mère père autre _____

Parenté
Verwandschaftsgrad

mère père autre _____

Adresse (si différente de l'enfant)
Anschrift

N° _____ rue _____

CP _____ lieu _____

Adresse (si différente de l'enfant)
Anschrift

N° _____ rue _____

CP _____ lieu _____

GSM
Handy

GSM
Handy

e-mail

e-mail

ETAT DE SANTE ACTUEL DE L'ENFANT

Aktueller Gesundheitszustand des Kindes

L'état de santé, présente-t-il des particularités à considérer?
Gibt es gesundheitliche Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind?

oui ja non nein

Si oui, lesquelles? / Wenn ja, welche?

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (p.ex. diabète, épilepsie, etc.)?
Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit? (z. B. Diabetes, Epilepsie, usw.)

oui ja non nein

Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?

Suit-il un traitement/une médication particulière?
Ist Ihr in Kind in spezieller Behandlung / nimmt es spezielle Medikamente?

oui ja non nein

Si oui, lequel? / Wenn ja, welche?

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie?
Leidet Ihr Kind an einer Allergie?

oui ja non nein

Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?

Votre enfant peut-il participer à toutes les activités, sports,etc. ? Kann Ihr Kind an allen Tätigkeiten, Sportarten usw. teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Si non, lesquelles sont à éviter? Wenn nicht, welche sind zu vermeiden?				
Alimentation Ernährung				
Votre enfant souffre-t-il d'une allergie de l'alimentation? Hat Ihr Kind eine Lebensmittelallergie?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Si oui, de laquelle? / Wenn ja, welche?				
Votre enfant souffre-t-il d'une intolérance de l'alimentation? Hat Ihr Kind eine Lebensmittelintoleranz?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?				
Votre enfant suit-il un certain régime alimentaire? Ernährt sich ihr Kind nach einer speziellen Diät oder Essgewohnheit?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Si oui, lequel? / Wenn ja, welche?				
Intervention consignée par un médecin traitant Durch den behandelnden Arzt erfasste Intervention				
Ordonnance médicale: médicaments en cas de maladie chronique Ärztliche Verordnung: zu verabreichende Medikamente bei chronischer Krankheit	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)? Besteht ein PAI?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Si oui, lequel? / Wenn ja, welcher?				
Soins quotidiens Tägliche Pflege				
Dans le cadre des soins quotidiens et/ou de blessures, le personnel éducatif utilisera exclusivement les produits de cette liste.Votre enfant peut-il recevoir les soins avec les produits suivants ? Zur täglichen Pflege und/oder bei Verletzungen werden ausschließlich die nachstehenden Produkte verwendet. Darf Ihr Kind mit diesen Produkten versorgt werden?				
Cedixidin: spray désinfectant pour désinfecter les petites blessures Desinfektion von kleinen Wunden	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Arnica naturel: gel en cas d'hématomes / bei Prellungen und Blutergüssen	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Physiologica: solution pour nettoyer le nez ou l'œil / Lösung zur Reinigung von Nase / Auge	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Purigel: en cas de piqûres d'insectes / bei Insektenstichen	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Crème solaire: protection solaire / regulärer Sonnenschutz	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Tiques Zecken				
Je donne mon accord afin que le personnel du SEA puisse enlever les tiques à mon enfant. J'en serai immédiatement informé. Ich gebe mein Einverständnis ggf. Zecken bei meinem Kind sofort zu entfernen. Ich werde unverzüglich darüber informiert.	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
J'ai connaissance qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et d'informer par écrit immédiatement l'institution de tout changement y relatif. Ich bin mir bewusst, dass es in meiner Verantwortung liegt, dafür zu sorgen, dass die Informationen über den Gesundheitszustand meines Kindes aktualisiert werden und ich die Institution unverzüglich schriftlich über alle Änderungen informiere.				

Lieu:
Ort:

Date:
Datum

Signature du représentant légal
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person