

Maison Relais Kuarregärtchen
8, Am Eelerich
L-9991 Weiswampach

Gesundheitsbogen

+ 352 26 900 151
direction.rwei@elisabeth.lu
rwei.elisabeth.lu

Formulaire SEA-11

COORDONNEES DE L'ENFANT			
Persönliche Daten des Kindes			
Nom Name	Prénom Vorname		
Matricule Sozialversicherungsnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, lesquelles?</u> / 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.)	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle?</u> / Wenn ja, welche?			
Suit-il un traitement particulier /une médication particulière? Nimmt Ihr Kind eine besondere Behandlung in Anspruch / nimmt es spezielle Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, lequel?</u> / Wenn ja, welche?			
Votre enfant souffre-t-il d'une allergie? Leidet Ihr Kind an einer Allergie?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle?</u> / 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
<u>Si non, lesquelles sont à éviter?</u> Wenn nicht, welche sind zu vermeiden?			
Alimentation			
Ernährung			
Votre enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire? Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelallergie?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, de laquelle?</u> / Wenn ja, welche?			
Votre enfant souffre-t-il d'une intolérance alimentaire? Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelintoleranz?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle?</u> / Wenn ja, welcher?			
Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? Muss Ihr Kind eine spezielle Diät einhalten?	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, veuillez préciser?</u> / Falls ja, bitte angeben?			
Certificat médical précisant les intolérances alimentaires ? Ärztliche Bescheinigung zur Nahrungsmittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein

Siège social :
Anne asbl
Association sans but lucratif
22, bd Joseph II
L-1840 Luxembourg
BP 840 L-2018 Luxembourg

Maison Relais Kuarregärtchen
Agrément : SEAS 20180179
RCS Luxembourg F 646
TVA LU 19394413
BCEE LU26 0019 5355 5889 5000

Intervention consignée par un médecin traitant Durch den behandelnden Arzt erfasste Intervention			
Certificat médical: restriction sport <i>Ärztliche Bescheinigung: sportliche Einschränkung</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
Ordonnance médicale: médicaments en cas de maladie chronique <i>Ärztliche Verordnung: zu verabreichende Medikamente bei chronischer Krankheit</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)? <i>Besteht ein individuelles Betreuungsprojekt PAI (Projet d'accueil individualisé)?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
Si oui, lequel? / Wenn ja, welches?			
Soins quotidiens Tägliche Pflege			
Dans le cadre des soins quotidiens et/ou de blessures, le personnel éducatif utilisera exclusivement les produits de la liste ci-dessous. Votre enfant peut-il recevoir les soins avec les produits suivants ? <i>Zur täglichen Pflege und/oder bei Verletzungen werden ausschliesslich die nachstehenden Produkte verwendet. Kann Ihr Kind mit diesen Produkten versorgt werden?</i>			
Weleda Calendula Babycrème: contre les rougeurs fessières / gegen Rötungen im Windelbereich	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
Qualiphar Eosine 2%: solution aqueuse en cas de fesses très irritées <i>wässrige Lösung bei Reizungen im Windelbereich</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
Lamiderm: spray désinfectant pour petites blessures <i>Desinfektionsspray für kleine Wunden</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
Arnica naturel: gel en cas de contusions / Gel 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 SPF 50: protection solaire / regulärer Sonnenschutz	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
Tiques Zecken			
<u>Je donne mon accord afin que le personnel du SEA puisse enlever les tiques à mon enfant. J'en serai immédiatement informé (e).</u>			
Ich gebe mein Einverständnis ggf. Zecken bei meinem Kind sofort zu entfernen. Ich werde unverzüglich darüber informiert.			
Je suis conscient(e) 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. <i>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 Einrichtung unverzüglich schriftlich über alle Änderungen zu informieren.</i>			

Lieu:
Ort:

Date:
Datum

Signature du représentant légal
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

Réservé à l'administration	
Fiche remise	le ____/____/____ à ____ heures
Mode de remise	<input type="checkbox"/> remis en main propre <input type="checkbox"/> courriel <input type="checkbox"/> envoi postal _____