

**Maison Relais Schoulkauz**

Service d'éducation et d'accueil

21, a Millefeld

L- 9776 Wilwerwiltz

T +352 26 91 25 500

F +352 26 91 25 511

direction.rkau@elisabeth.lu

[www.elisabeth.lu](http://www.elisabeth.lu)

Formulaire SEA-11

**Fiche de santé**

**COORDONNEES DE L'ENFANT**

Persönliche Daten des Kindes

<u>Nom</u> Name	<u>Prénom</u> Vorname
<u>Matricule</u> Sozialversicherungsnr.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**ETAT DE SANTE ACTUEL DE L'ENFANT**

Aktueller Gesundheitszustand des Kindes

<u>L'état de santé, présente-il des particularités à considérer?</u> 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? / Wenn ja, welche?</u>		
<u>Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (p.ex. diabète, épilepsie, etc.)?</u> 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? / Wenn ja, welche?</u>		
<u>Suit-il un traitement/une médication particulière?</u> Ist Ihr in Kind in spezieller Behandlung / nimmt es spezielle Medikamente?	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, lequel? / Wenn ja, welche?</u>		
<u>Votre enfant souffre-t-il d'une allergie?</u> Leidet Ihr Kind an einer Allergie?	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?</u>		
<u>Votre enfant peut-il participer à toutes les activités, sports, etc. ?</u> 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

<u>Votre enfant souffre-t-il d'une allergie de l'alimentation?</u> Hat Ihr Kind eine Lebensmittelallergie?	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, de laquelle? / Wenn ja, welche?</u>		
<u>Votre enfant souffre-t-il d'une intolérance de l'alimentation?</u> Hat Ihr Kind eine Lebensmittelintoleranz?	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/> <u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?</u>		
<u>Votre enfant suit-il un certain régime alimentaire?</u> 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?				
Certificat médical précisant les intolérances alimentaires ? <i>Ärztliche Verordnung zur Nahrungsmittelunverträglichkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein

### Intervention consignée par un médecin traitant

Durch den behandelnden Arzt erfasste Intervention

Certificat médical: restriction sport <i>Ärztliche Verordnung: 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 PAI?</i>	<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?*

<b>Weleda Calendula Babycreme:</b> contre les rougeurs fessières / gegen Rötungen im Windelbereich	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<b>Qualiphar Eosine 2%:</b> solution aqueuse en cas de fesses très irritées <i>Lösung bei Reizungen im Windelbereich</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<b>Cedixidin:</b> spray désinfectant pour désinfecter les petites blessures <i>Desinfektion von kleinen Wunden</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<b>Arnica naturel:</b> gel en cas d'hématomes / bei Prellungen und Blutergüssen	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<b>Physiologica:</b> 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
<b>Purigel:</b> en cas de piqûres d'insectes / bei Insektenstichen	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<b>Crème solaire:</b> 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. <i>Ich gebe mein Einverständnis ggf. Zecken bei meinem Kind sofort zu entfernen. Ich werde unverzüglich darüber informiert.</i>	<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