

### Fiche de santé

#### COORDONNEES DE L'ENFANT Persönliche Daten des Kindes

<u>Nom</u> Name	<u>Prénom</u> Vorname
<u>Matricule</u> Sozialversicherungsnummer	<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
<u>Si oui, lequel? / Wenn ja, welche?</u>		

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