

Maison Relais 'Un der Atert'
Service d'éducation et d'accueil

3, rue des moulins
L-7784 Bissen

T +352 83 50 03 450

direction.rbis@elisabeth.lu
www.elisabeth.lu

Formulaire SEA-11

Fiche de santé

COORDONNEES DE L'ENFANT

Persönliche Daten des Kindes

Nom Name	Prénom Vorname
Matricule 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

L'état de santé, présente-il des particularités à considérer? <i>Gibt es gesundheitliche Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind?</i>	<input type="checkbox"/> oui ja	<input type="checkbox"/> non nein
Si oui, lesquelles? / Wenn ja, welche?		
Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (p.ex. diabète, épilepsie, etc.)? <i>Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit? (z. B. Diabetes, Epilepsie, usw.)</i>	<input type="checkbox"/> oui ja	<input type="checkbox"/> non nein
Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?		
Suit-il un traitement/une médication particulière? <i>Ist Ihr in Kind in spezieller Behandlung / nimmt es spezielle Medikamente?</i>	<input type="checkbox"/> oui ja	<input type="checkbox"/> non nein
Si oui, lequel? / Wenn ja, welche?		
Votre enfant souffre-t-il d'une allergie? <i>Leidet Ihr Kind an einer Allergie?</i>	<input type="checkbox"/> oui ja	<input type="checkbox"/> non nein
Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?		
Votre enfant peut-il participer à toutes les activités, sports, etc. ? <i>Kann Ihr Kind an allen Tätigkeiten, Sportarten usw. teilnehmen?</i>	<input type="checkbox"/> oui ja	<input type="checkbox"/> non nein
Si non, lesquelles sont à éviter? <i>Wenn nicht, welche sind zu vermeiden?</i>		

Alimentation

Ernährung

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie de l'alimentation? <i>Hat Ihr Kind eine Lebensmittelallergie?</i>	<input type="checkbox"/> oui ja	<input type="checkbox"/> non nein
Si oui, de laquelle? / Wenn ja, welche?		
Votre enfant souffre-t-il d'une intolérance de l'alimentation? <i>Hat Ihr Kind eine Lebensmittelintoleranz?</i>	<input type="checkbox"/> oui ja	<input type="checkbox"/> non nein
Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?		
Votre enfant suit-il un certain régime alimentaire? <i>Ernährt sich ihr Kind nach einer speziellen Diät oder Essgewohnheit?</i>	<input type="checkbox"/> oui ja	<input type="checkbox"/> non 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> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
---	--	--

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> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Ordonnance médicale: médicaments en cas de maladie chronique <i>Ärztliche Verordnung: zu verabreichende Medikamente bei chronischer Krankheit</i>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)? <i>Besteht ein PAI?</i>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
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?*

Weleda Calendula Babycreme: contre les rougeurs fessières / gegen Rötungen im Windelbereich	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Qualiphar Eosine 2%: solution aqueuse en cas de fesses très irritées <i>Lösung bei Reizungen im Windelbereich</i>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Cedixidin: spray désinfectant pour désinfecter les petites blessures <i>Desinfektion von kleinen Wunden</i>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Arnica naturel: gel en cas d'hématomes / bei Prellungen und Blutergüssen	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Physiologica: solution pour nettoyer le nez ou l'œil / Lösung zur Reinigung von Nase / Auge	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Purigel: en cas de piqûres d'insectes / bei Insektenstichen	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Crème solaire: protection solaire / regulärer Sonnenschutz	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
Spray anti tiques: Voir annexe	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>

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> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>nein</i>
---	--	--

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 représentant légal
Unterschrift erziehungsberechtigten Person