Fiche de santé

Gesundheitsbogen

SEA Bei de Kaweechelcher
25A Schoulstrooss,
L- 5716 Aspelt

+ 352
direction.rasp@elisabeth.lu

Formulaire SEA-02

COORDONNEES DE L'ENFANT
Persönliche Daten des Kindes

Nom *Name*	Prénom *Vorname*
Matricule *Sozialversicherungsnr.*	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ETAT DE SANTE ACTUEL DE L'ENFANT
Aktueller Gesundheitszustand des Kindes

L'état de santé, présente-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 particulier /une médication particulière? *Nimmt Ihr Kind eine besondere Behandlung in Anspruch / 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?*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Si non, lesquelles sont à éviter? *Wenn nicht, welche sind zu vermeiden?*		

Alimentation
Ernährung

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire? *Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelallergie?*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Si oui, de laquelle? / *Wenn ja, welche?*		
Votre enfant souffre-t-il d'une intolérance alimentaire? *Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelintoleranz?*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Si oui, laquelle? / *Wenn ja, welcher?*		
Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? *Muss Ihr Kind eine spezielle Diät einhalten?*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Si oui, veuillez préciser? / *Falls ja, bitte angeben?*		
Certificat médical précisant les intolérances alimentaires ? *Ärztliche Bescheinigung zur Nahrungsmittelunverträglichkeit*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*

SEA Bei de Kaweechelcher
Fiche de santé

Nom de l'enfant :
Name des Kindes :

Intervention consignée par un médecin traitant
Durch den behandelnden Arzt erfasste Intervention

Certificat médical: restriction sport *Ärztliche Bescheinigung: sportliche Einschränkung*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Ordonnance médicale: médicaments en cas de maladie chronique *Ärztliche Verordnung: zu verabreichende Medikamente bei chronischer Krankheit*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)? *Besteht ein individuelles Betreugungsprojekt PAI (Projet d'accueil individualisé)?*	☐ oui *ja*	☐ non *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 ?
Zur täglichen Pflege und/oder bei Verletzungen werden ausschliesslich die nachstehenden Produkte verwendet. Kann Ihr Kind mit diesen Produkten versorgt werden?

Weleda Calendula Babycreme: contre les rougeurs fessières / gegen Rötungen im Windelbereich	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Qualiphar Eosine 2%: solution aqueuse en cas de fesses très irritées *wässerige Lösung bei Reizungen im Windelbereich*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Diaseptyl: spray désinfectant pour petites blessures *Desinfektionsspray für kleine Wunden*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Arnica naturel: gel en cas de contusions / Gel bei Prellungen und Blutergüssen	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Physiologica: solution pour nettoyer le nez ou l'œil / *Lösung zur Reinigung von Nase / Auge*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Purigel: en cas de piqûres d'insectes / *bei Insektenstichen*	☐ oui *ja*	☐ non *nein*
Crème solaire SPF 50: protection solaire / regulärer Sonnenschutz	☐ oui *ja*	☐ non *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 (e). Ich gebe mein Einverständnis ggf. Zecken bei meinem Kind sofort zu entfernen. Ich werde unverzüglich darüber informiert.	☐ oui *ja*	☐ non *nein*

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.

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.

Lieu:
Ort:

Date:
Datum

_____
Signature du représentant légal
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

_____
Signature du représentant légal
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

elisabeth
am sozialen déngscht zu lëtzebuerg
Enfance, Jeunesse, Handicap, Senior
elisabeth.lu