

Fiche de santé

Spillkëscht Muffert
1B, rue de Medingen
L-5335 Moutfort

Gesundheitsbogen

+ 352 35 84 02 - 400
direction.cmou@elisabeth.lu
cmou.elisabeth.lu

Formulaire SEA-11

COORDONNEES DE L'ENFANT			
Persönliche Daten des Kindes			
<u>Nom</u> Name	<u>Prénom</u> Vorname		
<u>Matricule</u> Sozialversicherungsnr.	□	□	□
ETAT DE SANTE ACTUEL DE L'ENFANT			
Aktueller Gesundheitszustand des Kindes			
<u>L'état de santé, présente-il des particularités à considérer?</u> <i>Gibt es gesundheitliche Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind?</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein
<u>Si oui, lesquelles?</u> / Wenn ja, welche?			
<u>Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (p.ex. diabète, épilepsie, etc.)?</u> <i>Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit? (z. B. Diabetes, Epilepsie, usw.)</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle?</u> / Wenn ja, welche?			
<u>Suit-il un traitement particulier /une médication particulière?</u> <i>Nimmt Ihr Kind eine besondere Behandlung in Anspruch / nimmt es spezielle Medikamente?</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein
<u>Si oui, lequel?</u> / Wenn ja, welche?			
<u>Votre enfant souffre-t-il d'une allergie?</u> <i>Leidet Ihr Kind an einer Allergie?</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle?</u> / Wenn ja, welche?			
<u>Votre enfant peut-il participer à toutes les activités, sports, etc. ?</u> <i>Kann Ihr Kind an allen Tätigkeiten, Sportarten usw. teilnehmen?</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein
<u>Si non, lesquelles sont à éviter?</u> <i>Wenn nicht, welche sind zu vermeiden?</i>			
Alimentation			
Ernährung			
<u>Votre enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire?</u> <i>Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelallergie?</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein
<u>Si oui, de laquelle?</u> / Wenn ja, welche?			
<u>Votre enfant souffre-t-il d'une intolérance alimentaire?</u> <i>Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelintoleranz?</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle?</u> / Wenn ja, welcher?			
<u>Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?</u> <i>Muss Ihr Kind eine spezielle Diät einhalten?</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein
<u>Si oui, veuillez préciser?</u> / Falls ja, bitte angeben?			
<u>Certificat médical précisant les intolérances alimentaires ?</u> <i>Ärztliche Bescheinigung zur Nahrungsmittelunverträglichkeit</i>	□	<u>oui</u> ja	□ <u>non</u> nein

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 ?
*Zur täglichen Pflege und/oder bei Verletzungen werden **ausschliesslich** die nachstehenden Produkte verwendet. Kann Ihr Kind mit diesen Produkten versorgt werden?*

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
Diaseptyl: 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> <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
--	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------

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

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