

19, Duerfstrooss
L-9644 Dahl
Tél: 26 88 87 - 30
Gsm: 621 55 15 31

FICHE MEDICALE

1. « JE SUIS » (MES COORDONNEES)

« Ich bin » (Meine persönlichen Daten)

Je m'appelle (nom, prénom)

Ich heiÙe (Name, Vorname)

Je suis né(e) le

Ich bin geboren am

_____ à _____
in _____

Mon numéro de matricule

Meine Sozialversicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. « MON MEDECIN »

Mein Arzt

Nom

Name

Prénom

Vorname

Adresse

Anschrift

N°

N° _____

Rue

StraÙe _____

L-

L- _____

Lieu

Ort _____

Tél.

Telefon

3. « MES SENS »

Meine Sinne

La vue

Sehen

J'ai besoin d'aide

Ich benötige Hilfe

L'ouïe

Hören

J'ai besoin d'aide

Ich benötige Hilfe

Le goût

Schmecken

Je préfère manger

Ich esse gerne

Je n'aime pas manger

Ich esse nicht gerne

J'ai besoin d'aide

Ich benötige Hilfe

Je ne peux pas manger

Ich darf NICHT essen

L'odorat

Riechen

J'ai besoin d'aide

Ich benötige Hilfe

Language

Sprechen

Je comprends

Ich verstehe

A la maison je parle

ZuHause spreche ich

Je parle correctement

Ich spreche fehlerfrei

Oui
Ja

Non
Nein

Psychomotricité

Psychomotorik

J'ai besoin d'aide

Ich benötige Hilfe

4. MEDICAMENTS

Medikamente

Je prends régulièrement des médicaments
Ich nehme regelmäßig Medikamente

Oui
Ja

Non
Nein

Si oui, lesquels ?

Wenn ja, welche ?

5. MES ALLERGIES / MES INTOLERANCES

Meine Allergien / sonstige Auffälligkeiten

| Type Art | Syptômes Symptome | Comment réagir? Was ist zu tun? |
|-------------|----------------------|------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Certificat
Ärztliches Attest

Oui
Ja

Non
Nein

Je visite régulièrement
Ich besuche regelmäßig

(Psychologue, Kiné,...)
(Psycholog, Physiotherapeut,...)

(Thérapeute)
(Therapeut)

6. Divers

Sonstiges

Je porte
Ich trage

des lunettes
eine Brille

Oui
Ja

Non
Nein

un appareil auditif
ein Hörgerät

Oui
Ja

Non
Nein

un appareil orthodontique
eine Zahnsperre

Oui
Ja

Non
Nein

autres
andere

Je peux participer à toutes les activités, sports, etc.
Ich kann an allen Tätigkeiten, Sportarten, usw. teilnehmen

Oui
Ja

Non
Nein

Si non, lesquels sont à éviter?

Wenn nicht, welche sind zu vermeiden ?

7. REMARQUES

Anmerkungen

8. ACCORD PARENTAL POUR DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Einverständnis der Eltern bei pharmazeutischen Produkten

Je soussigné(e),

Ich Unterzeichnete(r), _____

donne l'autorisation au personnel de la Maison Relais pour appliquer en cas d'urgence les produits pharmaceutiques suivants

erteile dem Personal aus der Maison Relais die Erlaubnis im Notfall folgende pharmazeutische Produkte anzuwenden:

| Oui/ Ja | Non/ Nein | Produits Produkte | Usage Gebrauch |
|------------|--------------|--|---|
| | | Arnica Arni-Stick | contre coups et blessures gegen Prellungen, Beulen |
| | | Reparil | contre entorse, oedèmes gegen Verstauchungen, Prellungen |
| | | Systral | contre piqûres d'insectes gegen Insektenstiche |
| | | Bépanthol | contre plaies gegen Wunden, Verletzungen |
| | | Mitosyl | contre les fesses irrités gegen Rötungen der Gesässhaut |
| | | Iso-Betadine | pour désinfecter des plaies zum Desinfizieren von Wunden |
| | | Vichy crème solaire – protection 50 Vichy Sonnecreme– Schutzfaktor 50 | contre brûlures de soleil gegen Sonnenbrand |
| | | Comprimés d'iodure de potassium Kaliumiodidtabletten | en cas d'accident nucléaire im Falle von einem Nuklearunfall |

Remarques:

Anmerkungen: _____

Date:

Datum: _____

Signature:

Unterschrift: _____

Date, cachet et signature du médecin traitant
Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes