



Fiche individuelle de santé Gesundheitsakte

Données personnelles de l'enfant :

Persönliche Daten des Kindes :

Nom / Name : _____

Prénom / Vorname : _____

Date de naissance / Geburtsdatum : _____

Lieu de naissance / Geburtsort : _____

Adresse / Adresse : _____

Matricule / Sozialversicherungsnummer : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Im Notfall zu kontaktierende Personen :

A) Nom / Name : _____

Prénom / Vorname : _____

Lien de parenté / Verwandtschaftsgrad : _____

Adresse / Adresse : _____

Numéros de téléphone / Telefonnummern :

Privé / Privat	GSM / Handy	Travail / Arbeit

B) Nom / Name : _____

Prénom / Vorname : _____

Lien de parenté / Verwandtschaftsgrad : _____

Adresse / Adresse : _____

Numéros de téléphone / Telefonnummern :

Privé / Privat	GSM / Handy	Travail / Arbeit

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et autorisés à récupérer les enfants :*Weitere im Notfall zu kontaktierende Personen, welche die Erlaubnis haben die Kinder abzuholen :*A) **Nom / Name :** _____**Prénom / Vorname :** _____**Lien de parenté / Verwandtschaftsgrad :** _____**Adresse / Adresse :** _____**Numéros de téléphone / Telefonnummern :**

Privé / Privat	GSM / Handy	Travail / Arbeit

B) **Nom / Name :** _____**Prénom / Vorname :** _____**Lien de parenté / Verwandtschaftsgrad :** _____**Adresse / Adresse :** _____**Numéros de téléphone / Telefonnummern :**

Privé / Privat	GSM / Handy	Travail / Arbeit

Des copies des cartes d'identités sont obligatoirement à joindre !*Kopien der Personalausweise sind beizulegen!***Données médicales :***Medizinische Daten :*

- **Nom du médecin traitant :**

Name des behandelnden Arztes:

- **Adresse du médecin traitant :**

Adresse des behandelnden Arztes:

- **Numéro de téléphone du médecin traitant :**

Telefonnummer des behandelnden Arztes:

- **L'enfant souffre-t-il d'une maladie chronique ?**
Leidet das Kind an einer chronischen Erkrankung?
 - **Oui / Ja**
 - **Non / Nein**

Si oui, laquelle ?

Wenn ja, an welcher?

- **L'enfant doit-il prendre régulièrement des médicaments ?**
Muss das Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?
 - **Oui / Ja**
 - **Non / Nein**

Si oui, lesquelles, quelle est la raison et la fréquence ?

Wenn ja, welche, warum und wie häufig?

- **L'enfant est-t-il allergique ou sensible à certains médicaments ?**
Reagiert das Kind allergisch auf vereinzelte Medikamente?
 - **Oui / Ja**
 - **Non / Nein**

Si oui, auxquels ?

Wenn ja, auf welche?

- **L'enfant souffre-t-il d'une allergie ? (autre qu'à des médicaments)**
Leidet das Kind an einer Allergie? (ausser Medikamente)
 - **Oui / Ja**
 - **Non / Nein**

Si oui, laquelle ?

Wenn ja, an welcher?

- **L'enfant a-t-il récemment subi une intervention chirurgicale ?**
Hatte das Kind kürzlich einen chirurgischen Eingriff?
 - **Oui / Ja**
 - **Non / Nein**

- **L'enfant suit-il un régime alimentaire ?**
Befolgt das Kind einen Ernährungsplan?

- **Oui / Ja**
- **Non / Nein**

Si oui, lequel ?

Wenn ja, welchen?

- **L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments ?**

Leider das Kind unter Verdauungsschwierigkeiten oder andere Nahrungsunverträglichkeiten?

- **Oui / Ja**
- **Non / Nein**

Si oui, lequel ?

Wenn ja, welche?

- **L'enfant a-t-il été vacciné ?**

Wurde das Kind geimpft?

- **Oui / Ja**
- **Non / Nein**

Si oui, une copie de la carte de vaccination est à joindre !

Wenn ja ist eine Kopie des Impfpasses beizufügen!

- **Remarques**

Anmerkungen

Les informations fournies dans le présent formulaire sont certifiées exactes et complètes.

Le personnel de la structure d'accueil visée ne sera nullement accusé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans le présent document.

Die in diesem Formular angegebenen Informationen werden als richtig und vollständig bestätigt.

Das Personal der betreffenden Betreuungsstruktur kann nicht für Fakten oder Elemente verantwortlich gemacht werden, die in diesem Dokument nicht vermerkt wurden.

Nom / Name: _____

Prénom / Vorname: _____

Date / Datum: _____

Signature / Unterschrift