



Enseignement secondaire FICHE CONFIDENTIELLE 2017-2018

Enfant / Kind

Matricule / Sozialversicherungsnummer:

Nom / Name : Prénom / Vorname:

Adresse :

Lycée.....: Classe:

Titulaire de classe / Klassenlehrer/in :

Père ou responsable /Vater oder Verantwortlicher: Mère ou responsable / Mutter oder Verantwortliche

Noms /Namen.....:

Prénoms.....:

☎ E-mail

Votre enfant présente-t-il un problème de santé nécessitant une prise en charge à l'école?

Hat Ihr Kind ein Gesundheitsproblem, welches in der Schule überwacht werden soll?

Non/Nein → Si non, veuillez svpl passer à la signature en bas de page. Wenn nein, unterschreiben Sie bitte unten.

Oui/Ja → Si oui, veuillez remplir svpl l'encadré ci-dessous. / Wenn ja, füllen Sie bitte den folgenden Kasten aus.



1. Maladie(s) chronique(s) / Chronische Krankheit(en) / Handicap

- Diabète / Diabetes Epilepsie / Epilepsie
- Affection cardiaque / Herzkrankheit Asthme / Asthma
- Allergie(s) / Allergie(n), → la/lesquelle(s) / welche:
- Risque choc anaphylactique / Risiko eines anaphylaktischen Schocks Oui / Ja Non / Nein
- Autre maladie/ Andere Krankheit → laquelle / welche:
- Handicap physique ou mental / körperliches oder psychisches Handicap :

Médecin(s) traitant(s) (Nom et Nr tel.) / Behandelnde(r) Arzt (Ärzte) (Name und Tel.)

.....

2. Votre enfant doit-il prendre des médicaments à l'école?

Muss Ihr Kind Medikamente in der Schule nehmen ?

Non / Nein Oui / Ja si oui, lesquelles ?/ wenn ja, welche ?:

.....

3. Est-ce que la participation à certaines activités (sportives, culturelles ...) est interdite par son médecin traitant?

Ist die Beteiligung an verschiedenen Aktivitäten (sportliche, kulturelle ...) vom behandelnden Arzt verboten?

Non / Nein Oui / Ja → lesquelles :

Date/Datum

Signatures des parents / personne(s) responsable(s) / Unterschrift der Eltern / verantwortliche(n) Person(en):

.....