

Maison Relais Bous

Service d'éducation et d'accueil

11, rue de Luxembourg
L-5408 Bous

T +352 26 70 87-20
F +352 26 70 87-39
direction.rbou@elisabeth.lu
www.elisabeth.lu

ANNEXE 5 (MAISON RELAIS) FICHE DE SANTE

1. COORDONNEES DE L'ENFANT

Persönliche Daten des Kindes

Nom Name	_____	Date de naissance Geburtsdatum	_____
Prénom Vorname	_____	Lieu de naissance Geburtsort	_____
		Matricule Sozialversicherungsnummer	_____

2. COORDONNEES DU MEDECIN CONNAISSANT LE MIEUX L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT

Informationen bezüglich des Arztes, welcher am besten den Gesundheitszustand des Kindes kennt

Médecin généraliste Allgemeinmediziner

Nom Name	_____	Hôpital Krankenhaus	_____
Prénom Vorname	_____	Tél. cabinet médical Tel. Praxis	_____
Localité Ortschaft	_____	Tél. hôpital Tel. Krankenhaus	_____

Médecin spécialiste (si nécessaire) Facharzt (wenn benötigt)

Nom Name	_____	Hôpital Krankenhaus	_____
Prénom Vorname	_____	Tél. cabinet médical Tel. Praxis	_____
Localité Ortschaft	_____	Tél. hôpital Tel. Krankenhaus	_____

3. ETAT DE SANTE ACTUEL DE L'ENFANT

Aktueller Gesundheitszustand des Kindes

Est-ce que l'enfant se porte bien ?
Fühlt Ihr Kind sich wohl ?

oui
ja

non
nein

Si non, de quoi se plaint-il ?
Wenn nicht, worüber beklagt es sich ?

L'état de santé, présente-il des particularités à considérer ?
Gibt es gesundheitliche Besonderheiten, die zu beachten sind ?

Suit-il un traitement/une médication particulière ? (si oui, prière de remplir l'annexe 6 et d'annexer une copie de la prescription médicale)
Ist Ihr in Kind in spezieller Behandlung / nimmt es spezielle Medikamente ? (wenn ja, bitte Annexe 6 ausfüllen und eine Kopie der ärztl. Verordnung beifügen)

Existe-il un protocole d'urgence pour ce problème de santé ?
Besteht ein Notfallprotokoll für dieses gesundheitliche Problem?
 oui non

Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)?
Besteht ein PAI ?
 oui non

Votre enfant, souffre-t-il d'énurésie ?
Nässt Ihr Kind ein ?

En journée oui non
Am Tag
En dormant ? oui non
Im Schlaf ?

Langage Sprache

Est-ce que l'enfant parle correctement ? oui non
Spricht das Kind fehlerfrei?

A-t-il un défaut de prononciation ? oui non
Hat es Schwierigkeiten mit der Aussprache ?

Bégaye-t-il ? oui non
Stottert es ?

Informations supplémentaires oui non
Zusatzinformationen

Alimentation Ernährung

Votre enfant suit-il un certain régime alimentaire ?
Ernährt sich ihr Kind nach einer speziellen Diät oder Essgewohnheit?

oui
ja

non
nein

Si oui, lequel ?
Wenn ja, welche ?

Votre enfant souffre-t-il d'allergie de l'alimentation ?
Hat Ihr Kind eine Lebensmittelallergie ?

oui
ja

non
nein

Allergies ou intolérances Allergien oder sonstige Auffälligkeiten	
Type Art	Aliment à éviter Zu vermeidendes Nahrungsmittel

Prière d'annexer une copie d'un certificat médical des allergies ou intolérances
Bitte ärztliches Attest der Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten einreichen

4. DIVERS Sonstiges

Est-ce que votre enfant porte :
Trägt Ihr Kind :

des lunettes ?
eine Brille ?

oui
ja

non
nein

des lentilles de contact ?
Kontaktlinsen ?

oui
ja

non
nein

un appareil auditif ?
ein Hörgerät ?

oui
ja

non
nein

un appareil orthodontique ?
Eine Zahnsparange ?

oui
ja

non
nein

Autres :
Andere :

Est-ce que votre enfant peut participer à toutes les activités, sports, ... ?
Kann Ihr Kind an allen Tätigkeiten, Sportarten, usw. teilnehmen?

oui
ja

non
nein

Prère de joindre un certificat médical.
Bitte ärztliches Zeugnis vorlegen.

Si non, lesquels sont à éviter ?
Wenn nicht, welche sind zu vermeiden ?

5. Remarques
Anmerkungen

J'ai connaissance 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 immédiatement par écrit l'institution de tout changement important concernant la distribution des médicaments de mon enfant.

Certificats	Remis	en date du
Certificat Allergies	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Protocole d'urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Projet d'Accueil Individualisé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Certificat restriction sport	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Lieu _____, le ____ / ____ / ____

Représentant légal de l'enfant