

FICHE MEDICALE
MEDIZINISCHES MERKBLATT

A qui s'adresser en cas d'urgence (mère, père, tuteur) :
Kontaktperson im Falle eines Notfalls (Mutter, Vater, Vormund):

Nom: _____
Name:
Prénom: _____
Vorname:
Matricule : _____
Versicherungsnr. :
Nom de la caisse de maladie : _____
Krankenkasse :

Nom et Prénom:

Name und Vorname :

Tél. privé : _____ **Tél bureau :** _____ **GSM :** _____
Privattelefon : _____ *Am Arbeitsplatz* *Handy :* _____

Adresse : _____

Anschrift : _____

Adresse email: _____

Email Adresse :

A qui s'adresser en cas d'urgence en absence du tuteur :
Kontaktperson im Falle eines Notfalls, wenn der Vormund nicht zu erreichen ist:

Nom et prénom: _____

Name und Vorname :

Tél. Privé: _____ **Tél. bureau :** _____ **GSM :** _____
Privattelefon : _____ *Am Arbeitsplatz* *Handy :* _____

Adresse : _____

Anschrift : _____

Médecin connaissant le mieux l'état de santé de l'enfant :
Arzt der den Gesundheitszustand des Kindes am besten kennt :

Nom et prénom: _____

Name und Vorname :

Tél. : _____

Telefon:

Adresse : _____

Anschrift : _____

Problème médical éventuel: _____
Eventuelle medizinische Probleme: _____

Médicaments pris régulièrement: _____ **Est-ce que l'enfant est capable de prendre son traitement seul? oui Non**
Regelmässig eingenommene Medikamente: *Ist das Kind in der Lage seine Medikamente selbst einzunehmen ? Ja Nein*

Nom du médicament:	Dosage :	Nbre de prise :	Matin/Midi/Soir ?
<i>Name des Medikamentes:</i>	<i>Dosierung:</i>	<i>Zahl der Einnahmen :</i>	<i>Morgen/Mittag/Abend?</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Allergies : (rhume des foins, alimentation, médicaments, guêpes, abeilles,...)

Allergien : (Heuschupfen, Nahrungsmittel, Medikamente, Bienen, Wespen,...)

Est-ce que l'enfant porte

Trägt das Kind

des lunettes oui non

Eine Brille Ja Nein

des lentilles de contact oui non

Kontaktlinse Ja Nein

Un appareil auditif oui non

Ein Hörapparat Ja Nein

un appareil orthodontique oui non

eine Zahnspange Ja Nein

Autres: _____

Andere:

Est-ce que l'enfant peut participer à toutes les activités, sports, ...? oui non

Kann das Kind bei jeder Aktivität, Sportart, ... teilnehmen ?

Ja Nein

Sinon, lesquels sont à éviter: _____

Wenn nicht, welche sind zu vermeiden: _____

Autorisation parentale

Elterliche Erlaubnis

Par la présente, je soussigné _____

Hiermit schreibe ich

père, mère, tuteur de l'enfant

Vater, Mutter, Vormund des Kindes

inscrit _____

mein Kind

aux activités pour jeunes

in die Aktivitäten für Kinder und

du Vélo Club L'Hirondelle Schuttrange et autorise le responsable du groupe, dans l'impossibilité

Jugendliche des Radvereins L'Hirondelle Schuttrange ein und gebe dem Verantwortlichen der Gruppe die Erlaubnis

de me joindre auparavant, à consulter un médecin de son choix en cas de maladie ou d'accident.

wenn ich nicht vorher zu erreichen bin, im Falle einer Krankheit oder eines Unfalls den Arzt seiner Wahl aufzusuchen.

Je soussigné, autorise les médecins consultés, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à faire tout examen ou intervention médicale et/ou chirurgicale jugés nécessaires en cas d'urgence.

Ich gebe dem gewählten Arzt die Erlaubnis, wenn ich nicht vorher erreichbar bin, sämtliche nötigen medizinischen Massnahmen im Falle eines Notfalls durchzuführen.

, le _____
den

Signature
Unterschrift