



Fiche Confidentielle 2018-2019 Enseignement secondaire

A remplir uniquement si problème de santé / Nur bei gesundheitlichen Problemen auszufüllen

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant une prise en charge à l'école, nous vous prions de remplir ce questionnaire et de le remettre au régent dès les premiers jours de la rentrée scolaire.

Falls Ihr Kind ein Gesundheitsproblem hat welches in der Schule überwacht werden soll, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen und an den zuständigen Klassenlehrer/in den ersten Tagen nach Schulbeginn abzugeben.

Enfant / Kind

Matricule / Sozialversicherungsnummer :

Nom / Name : Prénoms / Vornamen :

Adresse :

Lycée : Classe :

Père - mère ou tuteur / Vater - Mutter oder Erziehungsberechtigte(r)

Nom(s) / Namen : Prénom(s) :

 E-mail :

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 tél.) / Behandelnde(r) Ärzte (Arzt) (Name und Tel.)

Nécessité d'un suivi à l'école en relation avec sa maladie? / Sind Behandlungs-, Überwachungsmaßnahmen der Erkrankung während der Schulzeit notwendig? ☐ Oui / Ja ☐ Non / Nein

Est-ce qu'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) a déjà été établi ? / Besteht schon ein PAI ? ☐ Oui / Ja ☐ Non / Nein

2. Votre enfant doit-il prendre des médicaments à l'école? / Muss Ihr Kind Medikamente in der Schule einnehmen?

☐ Non / Nein ☐ Oui / Ja → si oui, lesquels ? / wenn ja, welche ? :

Si oui, joindre svp un certificat médical / Wenn ja, bitte ein ärztliches Attest beilegen.

3. La participation de votre enfant, à certaines activités, est-elle interdite par un médecin? / Ist die Beteiligung an verschiedenen Aktivitäten vom behandelnden Arzt verboten ?

☐ Non / Nein ☐ Oui / Ja → si oui, quelles activités ? / wenn ja, welche ? :

Si oui, joindre svp un certificat médical / Wenn ja, bitte ein ärztliches Attest beilegen.

Date / Datum :

Signature / Unterschrift :