

Fiche médicale

Medizinisches Merkblatt

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Matricule: _____

Date: _____

Datum

Caisse de maladie: _____ CMCM Non Oui nr: _____ Prestaplus Oui Non
Krankenkasse Privatkrankenkasse Prestaplus

A qui s'adresser en cas d'urgence (mère, père, tuteur)

Kontaktperson im Falle eines Notfalls (Mutter, Vater, Vormund)

Nom: _____ Prénom: _____ Tél. privé: _____
Name Vorname Telefon privat

Adresse: _____ Tél. bureau: _____
Anschrift Telefon Arbeit

GSM: _____
Mobiltelefon

Handicap éventuel:

Eventuelle Behinderung

Médicaments pris régulièrement: Oui Non
Regelmässig eingenommene Medikamente Ja Nein

Est-ce que l'enfant est capable de prendre son traitement seul? Oui Non
Ist das Kind in der Lage seine Medikamente selbst einzunehmen? Ja Nein

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

Antécédents:

Vorgeschichte

Allergies (rhume de foin, médicaments, guêpes, abeilles,...)

Allergien (Heuschnupfen, Medikamente, Bienen, Wespen...)

Une copie de la carte de vaccination doit être jointe obligatoirement

Eine Kopie des Impfscheines ist obligatorisch hinzuzufügen

Autres remarques:

Andere Hinweise

Veillez indiquer tous les renseignements supplémentaires sur l'état de santé de votre enfant pas encore mentionnés sur cette fiche.

Bitte geben Sie alle noch nicht erwähnten Informationen über den Gesundheitszustand Ihres Kindes an.

Autorisation parentale Elterliche Erlaubnis

Par la présente, je soussigné(e) _____
 père mère tuteur

de l'enfant(nom et prénom) _____

autorise le responsable du stage, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à consulter un médecin de son choix en cas de maladie ou d'accident.

Hiermit gebe ich Unterzeichnete(r) _____
 Vater Mutter Vormund

des Kindes (Name und Vorname) _____

dem Verantwortlichen des Lehrgangs die Erlaubnis, wenn ich nicht vorher zu erreichen bin, im Falle einer Krankheit oder eines Unfalls den Arzt seiner Wahl aufzusuchen.

Je soussigné(e), autorise le médecin consulté, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à faire tout examen ou intervention médicale et/ou chirurgicale jugés nécessaires en cas d'urgence.

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

- Je souhaite commander des menus végétariens
- Ich möchte vegetarische Mahlzeiten bestellen

_____, le _____

Signature / Unterschrift