



# Fiche médicale

Medizinisches Merkblatt

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Matricule: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Datum

Caisse de maladie: \_\_\_\_\_ CMCN ☐ 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

Veuillez 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