

**Maison Relais Bettendorf**  
Service d'éducation et d'accueil  
1, rue Neuve  
L-9353 Bettendorf  
T +352 80 92 12 – 33  
F +352 80 92 12 – 64  
direction.rbet@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 einreiche

**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 Zahnsparang ?

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