FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023-2024

Enseignement secondaire

(A remplir par le lycée)

Lycée: **Atert-Lycée Redange**

Classe _____

Titulaire

Elève /*Schüler*

Matricule / *Sozialversicherungsnummer*

☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Nom/*Name* .....

Prénom/*Vorname* .....

Adresse (élève/*Schüler)* .....

.....

Personne ayant l'autorité parentale
Erziehungsberechtigte Person

Nom/*Name* .....

Prénom/*Vorname* .....

☎ .....

@ E-mail .....

Votre enfant présente-t-il actuellement un problème de santé nécessitant une surveillance ou une prise en charge particulière dans le cadre de l'école?/*Hat Ihr Kind momentan ein Gesundheitsproblem, welches im Rahmen der Schule einer besonderen Überwachung oder Behandlung bedarf?*

☐ **Non/Nein** → Si non, vous pouvez directement signer en bas de la page et remettre la fiche lors de l'inscription de votre enfant

☐ **Oui/Ja** → Si oui, veuillez remplir et signer le présent questionnaire et le remettre lors de l'inscription de votre enfant

1. Maladie(s) chronique(s) ou autre(s) déficience(s)/*chronische Krankheit(en) oder andere Behinderung(en)*

☐ Diabète/*Diabetes* → Traitement .....

☐ Epilepsie/*Epilepsie* → Traitement .....

☐ Affection cardiaque/*Herzkrankheit*, veuillez spécifier/*welche* → .....

→Traitement .....

☐ Asthme/*Asthma* → Traitement .....

☐ Allergie(s)/*Allergie(n)*, → veuillez spécifier/*welche* → .....

Risque de choc anaphylactique/*Risiko eines anaphylaktischen Schocks* ☐ Oui/*Ja* ☐ Non/*Nein*

☐ Troubles comportemental ou d'apprentissage/Lern oder Verhaltensstörung .....

→ Traitement ou mesures prises .....

☐ Handicap physique ou mental/*körperliche oder psychische Behinderung* →.....

.....

☐ Autre maladie/*Andere Krankheit* → laquelle/*welche* .....

.....

Médecin(s) traitant(s) (Nom et Nr tel.)/***Behandelnde(r) Arzt (Ärzte)*** *(Name und Tel.)*

.....

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

☐ Non/*Nein* ☐ Oui/*Ja* → lesquels/*welche* .....

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

3.Est-ce qu'un PAI (Projet d'accueil individualisé, *voir www.guichet.lu*) est en place?/*Besteht schon ein PAI ?*

☐ Non/*Nein* ☐ Oui/*Ja* spécifier/*welches* **PAI pour** .....

Si **PAI** existant, a-t-il une trousse d'urgence ? ☐ A l'école/*In der Schule* ☐ Dans son sac à dos/*Im Schulranzen*

4. Est-ce que la participation à certaines activités (sportives ou autres) est interdite par son médecin traitant?
Ist die Beteiligung an verschiedenen Aktivitäten (sportliche, andere …) vom behandelnden Arzt verboten?

☐ Non/*Nein* ☐ Oui/*Ja* → lesquelles/*welche* .....

.....

Si oui, veuillez remettre dans les plus brefs délais un certificat médical à l'école/*Wenn ja, bitte ein ärztliches Attest schnellmöglichst in der Schule abgeben.*

Date et signature de la personne ayant l'autorité parentale / personne responsable
***Datum und Unterschrift** der Erziehungsberechtigte Person / verantwortliche Person* .....