



Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant une prise en charge à l'école, nous vous prions de remplir le questionnaire ci-joint et de le remettre à l'école jusqu'au 1 septembre.

Falls Ihr Kind ein Gesundheitsproblem hat welches in der Schule überwacht werden soll, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen und in der Schule bis zum 1. September abzugeben.

### Enfant / Kind

Matricule / Sozialversicherungsnummer: .....

Nom / Name: ..... Prénoms / Vornamen: .....

Adresse : .....

Lycée : ..... Classe: .....

Père / mère ou responsable / Vater / Mutter oder Verantwortliche

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

Pensez-vous nécessaire d'avoir un suivi à l'école en relation avec sa maladie ? ☐ 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 nehmen ?

☐ Non / Nein ☐ Oui / Ja → si oui, lesquelles ? / wenn ja, welche? .....

### Prière de joindre l'ordonnance médicale / Die ärztliche Verordnung beifügen bitte

### 3. Est-ce que la participation à certaines activités (sportives, culturelles ...) est interdite par son médecin traitant?

Ist die Beteiligung an verschiedenen Aktivitäten (sportliche, kulturelle ...) vom behandelnden Arzt verboten?

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

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

Date/Datum .....

Signature/Unterschrift: .....