

# 1. Fiche de renseignements confidentiels

## Enfant:

Nom et prénom (enfant): \_\_\_\_\_

Matricule (enfant):

Nationalité: \_\_\_\_\_

Adresse (enfant): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Langues parlées à la maison: \_\_\_\_\_

Arrivée / Retour au Grand-Duché: \_\_\_\_\_

Inscrit(e) à l'école de Lorentzweiler depuis le: \_\_\_\_\_

A quitté l'école de Lorentzweiler le : \_\_\_\_\_

Important à savoir

Cochez ce qui convient

- |                       |                          |                    |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | droitier           |
| <input type="radio"/> | orte un appareil auditif | gauchier           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | porte des lunettes |
|                       | st daltonien             |                    |

Vistes périscolaires: Cochez ce qui convient

- |                       |                       |                       |             |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | psychologue |
| <input type="radio"/> | rgothérapeute         | rthophoniste          | logopède    |
|                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |             |

## Personne(s) responsable(s):

1. \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

Nom et prénom

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎Privé /Privat \_\_\_\_\_

☎Travail /Arbeit \_\_\_\_\_

☎GSM /Mobile \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

2. Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎Privé /Privat \_\_\_\_\_

☎Travail /Arbeit \_\_\_\_\_

☎GSM /Mobile \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Personne(s) à avertir en cas d'un accident:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☎ Privé /Privat \_\_\_\_\_

☎ Privé /Privat \_\_\_\_\_

☎ Travail /Arbeit \_\_\_\_\_

☎ Travail /Arbeit \_\_\_\_\_

☎ GSM /Mobile \_\_\_\_\_

☎ GSM /Mobile \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**2.**

**Titulaires de l'élève**

Précoce	
---------	--

Cycle 1.1	
-----------	--

Cycle 1.2	
-----------	--

Rallongement de cycle	
-----------------------	--

Cycle 2.1	
-----------	--

Cycle 2.2	
-----------	--

Rallongement de cycle	
-----------------------	--

Cycle 3.1	
-----------	--

Cycle 3.2	
-----------	--

Rallongement de cycle	
-----------------------	--

Cycle 4.1	
-----------	--

Cycle 4.2	
-----------	--

Rallongement de cycle	
-----------------------	--

### 3. Fiche médicale

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 im Moment ein Gesundheitsproblem, das eine Aufsicht oder eine spezielle Pflege seitens der Schulbrigade erfordert?

Non/Nein Si **non**, veuillez passer à la signature en bas de la page. / Wenn **nein**, dann unterschreiben Sie bitte unten.

Oui/ Ja Si **oui**, veuillez remplir l'encadré ci-dessus. / Wenn **ja**, füllen Sie bitte den unteren Kasten aus.

L'enfant présente les problèmes de santé suivants: / Das Kind hat folgende Beschwerden:

#### 1. Maladie(s) chronique(s) / Chronische Krankheit(en)

Diabète / Diabetes  Asthme / Asthma  Epilepsie/ Epilepsie  Affection cardiaque / Herzkrankheit

Autre problème de santé nécessitant une surveillance à l'école / Andere gesundheitliche Befunde, welche seitens der Schulbrigade eine Überwachung erfordern:

#### 2. Allergie(s) / Allergie(n)

Pollens / Pollen

Poussières / Staub

Animaux / Tiere

Lesquels: / Welche: \_\_\_\_\_

Médicaments / Medikamente

Lesquels: / Welche: \_\_\_\_\_

Aliments / Lebensmittel

Lesquels: / Welche: \_\_\_\_\_

#### 3. Votre enfant doit-il prendre des médicaments à l'école? / Muss ihr Kind Medikamente in der Schule einnehmen?

Non / Nein

Oui / Ja

Lesquels: / Welche: \_\_\_\_\_

#### 4. La participation à certaines activités sportives est interdite par son médecin traitant. / Hat der behandelnde Arzt dem Kind bestimmte Schulsportaktivitäten untersagt?

Non / Nein

Oui / Ja

Si oui, ajoutez un certificat médical et spécifiez lesquelles. / Wenn ja, bitte ein ärztliches Attest beilegen.

Médecin(s) traitant(s) / Behandelnde(r) Ärzte (Arzt) (Name und Telefonnummer) \_\_\_\_\_

Date et signature des parents respectivement de la personne responsable/

Datum und Unterschrift der Eltern, respektiv der verantwortlichen Person: .....

#### 4. Echanges avec les parents

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises



date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

date _____	sujets traités et décisions prises

## 5. Signalement à la CIS, CASE, SCAP...

date: _____	signalement auprès de _____ personne contactée _____ voir document n° _____
	mesure(s) conseillée(s):   

date: _____	signalement auprès de _____ personne contactée _____ voir document n° _____
	mesure(s) conseillée(s):   

date: _____	signalement auprès de _____ personne contactée _____ voir document n° _____
	mesure(s) conseillée(s):   

date: _____	signalement auprès de _____ personne contactée _____ voir document n° _____
	mesure(s) conseillée(s):   

date: _____	signalement auprès de _____ personne contactée _____ voir document n° _____
	mesure(s) conseillée(s):   





