

MEDIZINISCHES INFORMATIONSBLATT 2024/2025

Liebe Eltern,

wir bitten Sie folgendes Formular sorgfältig auszufüllen. Etwaige Änderungen sind schnellstmöglich mitzuteilen damit die Informationen stets aktuell sind! Diese werden selbstverständlich mit größter Diskretion behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

KIND

Name _____ Vorname _____
Adresse _____
Versicherungsnummer _____ Krankenkasse _____

ELTERN ODER VORMUND

Mutter Vater Vormund

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
*falls anders als die
Adresse des Kindes*
Mobiltelefon _____
Tel. Arbeit _____
E-Mail _____

Mutter Vater Vormund

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
*falls anders als die
Adresse des Kindes*
Mobiltelefon _____
Tel. Arbeit _____
E-Mail _____

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGENDE PERSONEN, WENN DIE ELTERN/DER VORMUND NICHT ERREICHBAR SIND

Name _____ Name _____
Vorname _____ Vorname _____
Telefon _____ Telefon _____
Mobiltelefon _____ Mobiltelefon _____

BEHANDELNDER ARZT DES KINDES

Name und Vorname _____
Telefon _____

INFORMATIONEN ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND IHRES KINDES

1. Musste sich Ihr Kind in der Vergangenheit Operationen unterziehen? Ja Nein

Wenn ja, welche : _____

2. Litt Ihr Kind in der Vergangenheit an schwerwiegenden Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche : _____

3. Leidet Ihr Kind momentan an einer chronischen Krankheit oder hat es spezifische Gesundheitsbedürfnisse? Ja Nein

Wenn ja, welche : _____

Wenn ja, ist ihr Kind im Besitz eines PAI (Individuelles Betreuungsprojekt)? Ja Nein

→ eine Kopie des **PAI** muss der Einschreibung beigelegt werden

4. Leidet Ihr Kind unter Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche : _____

Wenn ja, ist ihr Kind im Besitz eines PAI (Individuelles Betreuungsprojekt)? Ja Nein

→ eine Kopie des **PAI** muss der Einschreibung beigelegt werden

→ Wenn ja, muss der behandelnde Arzt das medizinische Informationsblatt über Allergien und Unverträglichkeiten ausfüllen (« *certificat médicale intolérance ou allergie alimentaire* »)

5. Liegt bei Ihrem Kind eine Beeinträchtigung vor (visuell, motorisch, mental ...)? Ja Nein

Wenn ja, welche : _____

6. Benötigt Ihr Kind eine spezifische Betreuung? Ja Nein

Wenn ja, welche : _____

7. Hat Ihr Kind Probleme mit dem Einnässen/Bettnässen? Ja Nein

Wenn ja, eher während des Tages eher während der Nacht

8. Trägt Ihr Kind : eine Brille Ja Nein

einen Hörapparat Ja Nein

eine Zahnsperre Ja Nein

ERNÄHRUNG

9. Ist Ihr Kind Vegetarier (ohne Fleisch, Fisch und Geflügel)? Ja Nein

10. Muss Ihr Kind einen speziellen Ernährungsplan einhalten? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte alle zu vermeidenden Lebensmittel an: _____

MEDIKAMENTE

11. Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente im SEA einnehmen? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Name des Medikamentes und Dosierung an: _____

12. Ist Ihr Kind in der Lage seine Medikamente selbst im SEA einzunehmen? Ja Nein

→ Wenn nicht, müssen sie die Behandlung auf das Personal übertragen (Blatt „*délegation de soins*“)

13. Hiermit erlaube ich den Mitarbeitern des SEA meinem Kind folgende Medikamente zu geben:

Nurofen Ja Ja (nach telefonischer Absprache)* Nein
Paracetamol Ja Ja (nach telefonischer Absprache)* Nein

*Sollten die SEA Mitarbeiter Sie nicht erreichen können, dürfen sie keine Medikamente verabreichen.

14. Hiermit erlaube ich den Mitarbeitern des SEA folgende Produkte und Cremes bei Bedarf zu benutzen:

Arnica Creme Ja Nein
Bepanthen Creme Ja Nein
Fenistil Gel Ja Nein
Polyseptol Creme Ja Nein
Desinfektionsspray Ja Nein
Pflaster Ja Nein
Sonnencreme (la Roche Posay, Avène o.ä.) Ja Nein

15. Hiermit erlaube ich den Mitarbeitern des SEA meinem Kind Zecken zu entfernen Ja Nein

16. Kann Ihr Kind schwimmen? Ja Ja (aber mit Schwimmflügel) Nein

17. Kann Ihr Kind an allen Aktivitäten teilnehmen (Sport, ...)? Ja Nein

Wenn nein, welche sind zu vermeiden? _____

Bemerkungen

Bitte geben Sie alle wichtigen und noch nicht erwähnten Auskünfte über den Gesundheitszustand oder das Verhalten Ihres Kindes an:

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____ (Vater, Mutter, Vormund)

Erlaubnis

Ich, Unterzeichnete(r) _____ *Vater, Mutter, Vormund*
des Kindes _____

erlaube hiermit dem Personal des SEA, falls ich nicht erreichbar bin, im Falle eines Notfalls oder Unfalls einen Arzt zu konsultieren. Ja Nein

erlaube hiermit dem Arzt, falls ich nicht erreichbar bin, alle medizinisch und/oder chirurgisch notwendigen Untersuchungen und Interventionen im Falle eines Notfalls vorzunehmen. Ja Nein

erlaube hiermit meinem Kind den SEA alleine zu verlassen Ja Nein

wenn ja,

nach täglichem Anruf des Vaters, der Mutter, des Vormunds Ja Nein

nach einem festen Zeitplan Ja Nein

Wenn ja → füllen Sie bitte das Blatt „autorisation de sortie“ aus

erlaube hiermit, dass folgende Personen* mein Kind im SEA abholen dürfen :

	Name	Vorname	Telefon 1	Telefon 2
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

* Die Eltern müssen den Erziehern jene Personen, welche die Erlaubnis haben Ihr Kind abzuholen, vorstellen. Falls dies nicht möglich ist, müssen die Eltern eine Kopie des Ausweises dieser Personen abgeben. Wir bitten die Eltern uns im Vorfeld zu benachrichtigen, wenn eine der oben genannten Personen das Kind abholt.

erlaube hiermit, dass mein Kind fotografiert oder gefilmt werden darf

für den **internen Gebrauch** Ja Nein

Für den **externen Gebrauch** (bei kommunalen Veranstaltungen, SEA Veranstaltungen, Ausflügen und externen Aktivitäten und Veröffentlichungen der Gemeinde (Gemeindeblatt, Website, DIMMI ... und SEA) Ja Nein

Erlaube hiermit, dass mein Kind an spontanen externen Ausflügen teilnehmen darf

zu Fuß Ja Nein

mit öffentlichen Transportmitteln Ja Nein

mit dem Minibus des SEA Ja Nein

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____ *(Vater, Mutter, Vormund)*