

SCHULKLASSE: _____

CLASSE: _____

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Chers parents,

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Les informations sont seulement pour le médecin scolaire. Elles sont confidentielles dans votre intérêt, vous devez les donner dans une enveloppe fermée au médecin scolaire. Vous devez aussi remplir le formulaire en entier.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____

Nom de l'élève: _____

Vorname: _____

Prénom: _____

Geschlecht männlich weiblich Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Sexe masculin féminin Date de naissance (jour/mois/année): _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungserechtigten):

_____ Telefon: _____

Nom et adresse des parents (autorité parentale)

_____ Numéro de téléphone: _____

Berufstätigkeit der Eltern Vater: ja nein Mutter: ja nein

Activité professionnelle des parents père: oui non mère: oui non

Geburtsjahr der Geschwister: _____, _____, _____, _____, _____,

Date de naissance des frères et soeurs: _____, _____, _____, _____, _____,

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Les parents sont-ils diabétiques? père: oui non mère: oui non

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Les parents sont-ils en surpoids ? père: oui non mère: oui non

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

L'élève a –t – il déjà eu l'une de ces maladies ?

Masern ja nein Keuchhusten ja nein Scharlach ja nein

Rougeole oui non coqueluche oui non scarlatine oui non

Röteln ja nein Windpocken (Schafblattern) ja nein

Rubéole oui non varicelle oui non

Mumps ja nein Gelbsucht ja nein sonstige: _____

Oreillons oui non jaunisse oui non autres: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenksentzündungen, angeborene, Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem.

Votre enfant a –t - il eu d'autres maladies, comme des inflammations de la gorge récurrentes, de l'arthrite, des malformations congénitales ou des maladies cardiovasculaires, de l'estomac, de l'intestin, des poumons, du rein, des voies urinaires, de la peau, du système nerveux.

(Bitte Zutreffendes unterstreichen).

(Soulignez la mention exacte.)

Nähere Angaben dazu:

Précisez:

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:

Opérations ou séquelles dues à un accident grave:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

Prends – il des médicaments régulièrement?

Si oui, lesquels? _____

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung am: _____

L'élève a – t – il été vacciné contre MET (méningo – encépalite à tiques) ? oui non la dernière vaccination le _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Asthme oui non mal de tête oui non

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Chronische Mittelohrentzündung, Arzneimittel-, Insektenallergie)

Allergies (eczéma, rhinite allergique, otite moyenne, allergie des médicaments, allergie aux insectes)

ja nein

oui non

Trommelfellverletzung ja nein

Blessure du tympan oui non

Zuckerkrankheit ja nein Sehfehler ja nein

Diabète oui non défaut visuel oui non

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

Évanouissements réguliers souvent oui non défaut audition oui non

Anfallsleiden ja nein Sprachfehler ja nein

Attaques oui non défaut de prononciation oui non

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Particulaires (insomnie, problèmes de ronflement, incontinence nocturne, problèmes de vomissements etc.) oui non

Datum: _____

Date: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):

Signature des parents (autorité parentale):
