

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, Gelenkentzündungen, 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 – encéphalite 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):
