



FICHE SANITAIRE
VERTRAULICHE MEDIZINISCHE ANGABEN



(A remettre-sous pli fermé à l'attention de l'infirmière scolaire, **Berlepschstraße 3 - 81373 München**) (Bitte im geschlossenen Umschlag zur Händen der Schulkrankenschwester abgeben)
Joindre également la copie du carnet de vaccination
Bitte legen Sie eine Kopie des Impfausweises bei.

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL / VERTRAULICHE MEDIZINISCHE ANGABEN

ÉLÈVE / SCHÜLER(IN)

Nom, prénom / Name, Vorname :

Date de naissance / Geburtsdatum :

Sexe / Geschlecht :

Classe / Klasse :

Lunettes, Lentilles / Brille, Kontaktlinsen ☐ Appareils auditifs / Hörgerät ☐

Appareil dentaire / Zahnsperre ☐

RESPONSABLES DE L'ENFANT / GESETZLICHE VERTRETER

Nom, prénom / Name, Vorname :

Adresse :

Nom, prénom / Name, Vorname :

Adresse :

Numéros de téléphone / Telefonnummern :

Mère/Mutter: domicile/Haus portable/Handy

travail/Arbeit

Père/Vater : domicile/Haus portable/Handy

travail/Arbeit

MENTIONS PARTICULIERES / BESONDERE ERWÄHNUNGEN

En cas d'absence (ex. déplacement) ou bien étant injoignable de manière prolongée, j'autorise les personnes mentionnées ci-dessous à récupérer mon enfant à l'infirmerie si son état l'impose ou à faire sortir mon enfant de l'hôpital, sur présentation de la carte d'identité. Bei Abwesenheit (Bsp. Dienstreise) oder einer über einen vernünftigen Zeitraum hinausgehende Unerreichbarkeit, ermächtige ich folgende Personen, gegen Vorlage ihres Personalausweises, mein Kind aus der Schulkrankstation (Erforderlichkeit entsprechend dem Zustand meines Kindes) oder dem Krankenhaus abzuholen.

Nom, prénom / Name, Vorname :

Nom, prénom / Name, Vorname :

Nom, prénom / Name, Vorname :

Nom, prénom / Name, Vorname :

SANTE DE L'ELEVE / PERSÖNLICHE DATEN

Médecin traitant / Hausarzt

Nom / Name : tél. / Tel. :

Hôpital ou clinique vers lequel vous souhaitez que soit dirigé l'élève en cas d'urgence / Krankenhaus oder
Klinikum, in welches sie wünschen, dass Ihr Kind, im Rahmen eines Notfalls, gebracht werden soll :

Adresse :

tél. / Tel. :

Ce vœu est indicatif et en dernier ressort, le choix appartiendra aux services d'urgences / Dieser Wunsch ist nicht
bindend soweit die endgültige Entscheidung von den Rettungskräften getroffen wird.

MALADIES DE L'ÉLÈVE / ERKRANKUNGEN :

Asthme / Asthma ☐

Diabète / Diabetes ☐

Hémophilie/Hämophilie ☐

Epilepsie ☐

Insuffisance card./Herzerkrankung ☐

Insuffisance rénale/Nierenerkrankung ☐

Allergie / Allergien ☐

Lesquelles / welche :

Médicaments / Medikamente :

Autres / Sonstiges ☐

Lesquelles / welche :

Médicaments / Medikamente :

Pour cette maladie, l'élève suit-il un traitement tous les jours / Der Schüler braucht wg. dieser Erkrankung tägliche
Behandlung : Oui / Ja ☐ Non / Nein ☐

Lequel / welche :

Un traitement en cas d'urgence / eine Behandlung im Notfall : Oui / Ja ☐ Non / Nein ☐

Lequel / welche :

En cas de pathologies chroniques, intolérances alimentaires, allergies qui nécessitent un traitement médical pendant le temps scolaire ou une classe verte, un protocole doit être établi (PAI = Projet d'Accueil Individualisé).
Im Falle einer chronischen Erkrankung, Lebensmittelunverträglichkeit oder Allergie, die eine notwendige medizinische Behandlung während der Unterrichtszeit oder einer Klassenfahrt mit sich bringt, muss ein gesondertes Protokoll ertelt werden (PAI = Projekt d'Accueil Individualisé).

AUTRES INFORMATIONS / SONSTIGE INFORMATIONEN

Troubles de l'apprentissage / Lernschwäche ☐

Troubles de l'attention / Konzentrationsschwäche ☐

Troubles du comportement / Verhaltensauffälligkeiten ☐

Autres observations / Sonstige

.....
.....

VACCINATIONS / IMPFUNGEN

Veuillez joindre une copie du carnet de vaccinations / Bitte legen Sie eine Kopie des aktuellen Impfausweises bei.

Rougeole/Masern – date de 1ère injection / 1. Impfung :

date de 2ème injection / 2. Impfung :

Autorisation d'administrer de médicaments en vente libre en pharmacie (voir liste) / Einverständniserklärung zur Gabe von in Apotheken erhältlichen rezeptfreien Medikamenten (siehe Liste)

Oui / Ja ☐ Non / Nein ☐ Après accord au préalable / nur nach vorheriger Absprache ☐

Ne pas administrer ce(s) médicament(s) / Diese Medikamente dürfen nicht verabreicht werden:

Liste des médicaments dispensés à l'infirmerie scolaire du Lycée Jean Renoir de Munich

Liste der Medikamente, die auf der Krankenstation der LJR Munich abgegeben wurden.

Médicaments/ Medikamente	Forme/ Form	Indications/ Anzeige
<i>Paracetamol</i> poids/dose Gewicht/ Dosis	Comprimés ou sirop en fonction du poids de l'enfant/ Tabletten oder Sirup dem Gewicht des Kindes entsprechend	Maux de tête, fièvre/ Kopfschmerzen, Fieber
<i>Ibuprofen</i> poids/dose Gewicht/ Dosis	Comprimés ou sirop en fonction du poids de l'enfant/ Tabletten oder Sirup dem Gewicht des Kindes entsprechend	Migraines/ Migräne
Iberogast âge/dose Gewicht/ Dosis	Gouttes/ Tropfen	Troubles gastro-intestinaux /Magen-Darm-Störungen
<i>Neo-Angine</i> Dès 6 ans/ ab 6 Jahre	Pastilles à sucer/ Lutschtabletten	Maux de gorge/ Halsschmerzen
<i>Werotussin C</i> Dès 6 ans/ Ab 6 Jahre alt	Bonbons à sucer/ Bonbons	Toux/ Husten
Meridol Dès 6 ans/ ab 6 Jahre	Bain de bouche/ Mundspülung	Aphtes, coupures dans la bouche,.../ Aphten, Schnittverletzung im Mund...
Sérum physiologique 0,9 %/ Kochsalzwasser-lösung	Collyres/ Tropfen	Nettoyage yeux- nez- plaies superficielles/ Reinigung Augen-Nase- oberflächliche Wunden
Werolin/Octenisept	Spray désinfectant/ Wunddesinfektions-spray	Désinfection des plaies/ Desinfektion der Wunden
Weroskin	Lingettes désinfectantes/ Desinfektionstuch	Désinfection des plaie / Desinfektion der Wunden
Weroplast	Pansements/ Pflaster	Protection des plaies/Schutz der Wunden
Bepanthen/ Wund und Heilsalbe	Crème/Salbe	Irritation de la peau/ Hautirritation
Brand- und Wundgel Medice	Gel/ Gel	Brûlures/ Brandwunden
<i>Arnika / Traumeel</i>	Gel/Gel	Coups, chutes/ Stumpfe Verletzung, Sturz

Nom et prénom de l'enfant / Name und Vorname des Kindes :		
--	--	--

Weroplast Spray on	Spray froid/ Kalt Spray	Coups, chutes (accident de sport)/ Stumpge Verletzung, Sturz (Sportunfall)
Bouillotte/ Wärmflasche	Poche/ Tüte	Douleurs abdominales, douleurs musculaires/ Bauchschmerzen
Glace/ Eis	Poche/ Tüte	Suspicion d'entorse/ Oedèmes après chute ou accident de sport /Verstauchung oder Schwellung nach Sturz oder Sportunfall
Fenistil	Crème/ Salbe	Allergies aux piqûres d'insectes/ Allergien gegen Insektenstiche
Cetirizin 10mg Dès 6 ans, après appel passé aux parents. / Ab 6 Jahre, nach telefonischer Absprache mit den Eltern.	Comprimé/ Tablett	Allergies : démangeaisons, rougeurs, gonflement des lèvres , difficultés à respirer, etc. Allergien: Juckreiz, Rötungen, geschwollene Lippen, Atembeschwerden usw...

DECLARATION FINALE / SCHLUSSEKLRÄRUNG

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'école à prendre, le cas échéant, toutes mesures urgentes (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Ich versichere, dass alle von mir gemachte Angaben richtig und vollständig sind und ermächtige die Schule, alle, aufgrund des Zustands des Kindes, notfallbedingte Maßnahmen (ärztliche Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Operation) zu veranlassen.

Date / Datum: Signature / Unterschrift:

MENTIONS LEGALES / Rechtliche vorgaben

En application des articles 12 et 13 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel, du Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) et du Bayrisches Datenschutzgesetz (BayDSG), nous vous informons que le Lycée Jean Renoir en sa qualité de Responsable de Traitement collecte des données vous concernant à des fins de gestions des interventions médicales. Vos données seront strictement réservées aux services habilités et seront conservées le temps de l'année scolaire. Aux termes de notre Politique de protection des données, nous nous engageons à protéger vos données de toute atteinte. Conformément aux art.15 à 22 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel , vous pourrez demander à tout moment et gratuitement à accéder aux données vous concernant, à les rectifier ou à les effacer, auprès de dpo@lycee-jean-renoir.de ou à la CNIL en l'absence de réponse satisfaisante dans le délai d'un mois. Vous pouvez également vous opposer au traitement vous concernant pour des motifs légitimes.

Gemäß den Artikeln 12 und 13 der Europäischen Verordnung 2016-679 vom 27. April 2016 über den Schutz personenbezogener Daten, sowie dem geänderten Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und dem Bayrischen Datenschutzgesetz (BayDSG), teilen wir Ihnen mit, dass das Lycée Jean Renoir in seiner Eigenschaft als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung, Daten über Sie zum Zwecke der Verwaltung medizinischer Eingriffe erfasst. Ihre Daten sind ausschließlich den autorisierten Personen zugänglich und werden für die Dauer des Schuljahres gespeichert. Im Rahmen unserer Datenschutzpolitik sind wir bestrebt, Ihre Daten vor jeder Verletzung zu schützen. Gemäß den Artikeln 15 bis 22 der Europäischen Verordnung 2016-679 vom 27. April 2016 über den Schutz personenbezogener Daten können Sie jederzeit und kostenlos Zugang, Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten beantragen indem Sie an dpo@lycee-jean-renoir.de schreiben oder sich, bei ausbleibender Antwort nach Ablauf eines Monats, an die CNIL wenden. Sie können der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auch aus legitimen Gründen widersprechen.