

Ce formulaire doit être remis à la personne responsable de l'activité. Toutes les données recueillies seront traitées avec discrétion et cette feuille sera détruite au plus tard après un an.

→ **Prière de joindre une copie récente de la carte de vaccination.**

→ **Prière de joindre une copie des deux faces de la carte de Sécurité Sociale.**

prénom	nom	groupe
adresse (nr, rue)		code postal / localité
	CNS / autre:	
matricule (lux.)	caisse de maladie	

Date de la dernière vaccination contre le tétanos: <i>Un rappel est nécessaire tous les 10 ans.</i>	
Antécédents médicaux (p.ex. maladies, opérations, handicaps, énurésie):	
Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments) et traitement éventuel:	
Régime particulier éventuel:	

Médicaments devant être pris régulièrement (p.ex. tous les jours)

Coordonnées des parents en cas d'urgence			
1. nom et prénom		tél.	
Lien de parenté avec cette personne:			
2. nom et prénom		tél.	
Lien de parenté avec cette personne:			
Médecin traitant			
nom et prénom		tél.	

## Remarques supplémentaires

### Décharge:

**L** - Am Fall wou mäin Gesondheitszoustand géing eng dréngend Decisioun erfuerderen, an ouni kënnen dës Entscheedung selwer ze huelen, iwwerloossen ech dem behandelnden Dokter d'Initiativ fir d'Wiel vun all Analyse, medezinescher Behandlung oder chirurg-escher Interventioun déi hie fir néideg fënnt.

**F** - Au cas où mon état de santé réclamait une décision urgente, et à défaut de pouvoir moi-même prendre cette décision, je laisse l'initiative au médecin traitant pour le choix de tout examen, traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire.

\_\_\_\_\_

date

\_\_\_\_\_

nom et prénom

\_\_\_\_\_

signature