FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026-2027

Enseignement secondaire

A remplir par le/la titulaire de la classe / parents

Lycée: .....

Classe: .....

Titulaire: .....

Elève / *Schüler*

Matricule / *Sozialversicherungsnummer*

☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Nom / *Name:* .....

Prénom / *Vorname:* .....

Adresse (*élève / Schüler)*: .....

.....

Personne ayant l'autorité parentale
Erziehungsberechtigte Person

Nom / *Name*: .....

Prénom / *Vorname*: .....

☏ .....

@ E-mail: .....

Votre enfant présente-t-il actuellement un problème de santé nécessitant une surveillance ou une prise en charge particulière dans le cadre de l'école?/*Hat Ihr Kind momentan ein Gesundheitsproblem, welches im Rahmen der Schule einer besonderen Überwachung oder Behandlung bedarf?*

☐ **Non/Nein** → Si non, vous n'avez pas besoin de remettre la fiche (sauf demande explicite du titulaire de classe) / *Wenn nein, brauchen Sie es nicht abzugeben (ausser wenn Anfrage vom Klassenlehrer).*

☐ **Oui/Ja** → Si oui, veuillez **remplir svp** ce questionnaire et le remettre au régent dès les premiers jours de la rentrée scolaire / *Wenn ja, füllen Sie bitte diesen Fragenbogen aus und geben Sie ihn an den zuständigen Klassenlehrer in den ersten Tagen nach Schulbeginn ab.*

1. Maladie(s) chronique(s) ou autre(s) déficience(s) / *chronische Krankheit(en) oder andere Behinderung(en)*

☐ Diabète / *Diabetes* ➔ Traitement .....

☐ Epilepsie / *Epilepsie* ➔ Traitement .....

☐ Affection cardiaque / *Herzkrankheit*, veuillez spécifier / *welche* ➔ .....

➔Traitement .....

☐ Asthme / *Asthma* ➔ Traitement .....

☐ Allergie(s) / *Allergie(n)*, ➔ veuillez spécifier / *welche* ➔ .....

Risque de choc anaphylactique / *Risiko eines anaphylaktischen Schocks* ☐ Oui / *Ja* ☐ Non / *Nein*

☐ Troubles comportemental ou d'apprentissage / Lern oder Verhaltensstörung .....

➔ Traitement ou mesures prises .....

☐ Handicap physique ou mental / *körperliche oder psychische Behinderung* ➔.....

.....

☐ Autre maladie / *Andere Krankheit* ➔ laquelle / *welche* .....

.....

Médecin(s) traitant(s) (Nom et Nr tel.) / ***Behandelnde(r) Arzt (Ärzte)*** *(Name und Tel.)*

.....

2. Votre enfant doit-il prendre des médicaments à l'école? / *Muss Ihr Kind Medikamente in der Schule nehmen?*

☐ Non / *Nein* ☐ Oui / *Ja* ➔ lesquels / *welche* .....

Si oui, joindre svp un certificat médical / *Wenn ja, bitte ein ärztliches Attest beilegen*

3.Est-ce qu'un PAI (Projet d'accueil individualisé, *voir www.guichet.lu*) est en place? / *Besteht schon ein PAI?*

☐ Non / *Nein* ☐ Oui / *Ja* spécifier / *welches* **PAI pour** .....

Si **PAI** existant, a-t-il une trousse d'urgence? ☐ A l'école / *In der Schule* ☐ Dans son sac à dos / *Im Schulranzen*

4. Est-ce que la participation à certaines activités (sportives ou autres) est interdite par son médecin traitant?
Ist die Beteiligung an verschiedenen Aktivitäten (sportliche, andere …) vom behandelnden Arzt verboten?

☐ Non / *Nein* ☐ Oui / *Ja* ➔ lesquelles / *welche* .....

.....

Si oui, veuillez remettre dans les plus brefs délais un certificat médical à l'école / *Wenn ja, bitte ein ärztliches Attest schnellmöglichst in der Schule abgeben.*

Date et signature de la personne ayant l'autorité parentale / personne responsable

Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigte Person / verantwortliche Person .....