



# Association Franco-Allemande de Buc

Adhérente à la Fédération des Associations Franco-Allemandes pour l'Europe et à la FAFA Île-de-France

## Medizinische Informationen und Erlaubnis zur Krankenhauseinweisung Schuljahr 2024/2025

*Dossier médical et autorisation d'hospitalisation de l'enfant*

### **KIND** (*enfant*)

Name (*nom*) :

---

Vorname (*prénom*) :

---

Geburtsdatum (*date de naissance*) :

---

Adresse :

---

Telefon zuhause (*téléphone domicile*) :

---

Krankenversicherungsnummer  
(*numéro de Sécurité sociale*) :

---

### **MUTTER** (*mère*)

Name (*nom*) :

---

Vorname (*prénom*) :

---

Beruf (*profession*) :

---

Arbeitsort (*lieu de travail*) :

---

Telefon Arbeit (*tél professionnel*) :

---

Telefon mobil (*tél portable*) :

---

### **VATER** (*père*)

Name (*nom*) :

---

Vorname (*prénom*) :

---

Beruf (*profession*) :

---

Arbeitsort (*lieu de travail*) :

---

Telefon Arbeit (*tél professionnel*) :

---

Telefon mobil (*tél portable*) :

---



## Association Franco-Allemande de Buc

Adhérente à la Fédération des Associations Franco-Allemandes pour l'Europe et à la FAFA Île-de-France

### Behandelnder Arzt des Kindes (médecin traitant de l'enfant)

Name (nom) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit (tél professionnel) : \_\_\_\_\_

### Was wir über Ihr Kind wissen sollten (ce qu'il nous faudrait savoir concernant votre enfant) :

Allergien (allergies) \_\_\_\_\_

Andere gesundheitliche Probleme  
(d'autres problèmes de santé) : \_\_\_\_\_

### Mein Kind hat alle vorgeschriebenen Impfungen – bitte ankreuzen

(Mon enfant est en règle au regard des vaccinations obligatoires - veuillez cocher)

☐

Tetanus, Datum der letzten Tetanusschutzimpfung

(Tétanos, date du dernier rappel de vaccin) : \_\_\_\_\_

☐

Diphtherie, Datum der letzten Impfauffrischung

(diphtérie, date du dernier rappel de vaccin) : \_\_\_\_\_

☐

Polio, Datum der letzten Impfauffrischung

(Poliomyélite, date du dernier rappel de vaccin) : \_\_\_\_\_

### Im Notfall zu benachrichtigende Personen (personnes à prévenir en cas d'urgence) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir, die Erziehungsberechtigten von \_\_\_\_\_

geben die Erlaubnis zum Transport unseres Kindes in ein Krankenhaus (durch die Feuerwehr oder einen Krankenwagen), so dass dort eine Einweisung erfolgen und im Notfall eine Operation mit Anästhesie durchgeführt werden kann.

Nous, soussignés père et mère de l'enfant \_\_\_\_\_ autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant.

\_\_\_\_\_  
Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Anmerkung: Dieses Formular wird im Notfall an das französische Krankenpersonal übermittelt.