

Medizinischer Fragebogen / Questionnaire médical

Name / nom: _____

Vorname / prénom: _____

Geburtstag / date de naissance: _____

Klasse / classe: _____

Anschrift / adresse: _____

Telefon / téléphone: _____

Welche Krankheiten hatte das Kind? (freiwillige Angaben)

Quelles maladies l'enfant a-t-il eues ? (indication non obligatoire)

Masern Keuchhusten Windpocken Mumps Röteln Scharlach Diphtherie
la rougeole la coqueluche la varicelle les oreillons la rubéole la scarlatine la diphtérie

Andere Krankheiten/Allergien:

Autres maladies/allergies:

Unfälle:

Accidents:

Operationen:

Interventions chirurgicales:

Ort/Datum

Lieu/date

Unterschrift der Eltern

Signature des parents