

## Medizinischer Fragebogen / Questionnaire médical

Name / nom: .....

Vorname / prénom: .....

Geburtsdatum / date de naissance: .....

Anschrift / adresse: .....

.....

Telefon / téléphone: .....

### **Pflichtimpfungen im Frankreich / Vaccins obligatoires en France**

Datum der letzten Impfung / Date du dernier vaccin

Diphtherie / diphtérie .....

Tetanus / tétanos .....

Polio / poliomyélite .....

**Krankheiten** (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie) / **Maladies** (par ex. asthme, diabète, épilepsie) :

.....

**Allergien / allergies:** .....

**Operationen/Interventions chirurgicales:** .....

.....

Mein Kind nimmt folgende Medikamente, die Gegenreaktionen hervorrufen können / Mon enfant suit un traitement présentant une contre-indication :

.....

Blutgruppe, falls bekannt / Groupe sanguin (si connu): .....

*Gibt es sonst irgendwelche Besonderheiten, über die wir informiert werden sollten, um Ihre Tochter/Ihren Sohn besser empfangen zu können (Depression, Angstzustände, Autismus-Spektrum-Störungen...)?*

*Y a-t-il d'autres particularités dont nous devrions être informés afin de pouvoir mieux accueillir votre fille/votre fils (dépression, anxiété, troubles du spectre autistique...)?*

.....  
Ort/Datum  
Lieu/date

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten  
Signature des titulaires de l'autorité parentale