



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

Réservé à la Médecine Scolaire

FORMULAR ZUR VERLÄNGERUNG DES INDIVIDUELLEN BETREUUNGSPROJEKTES FÜR VOLLJÄHRIGE SCHÜLER

Ich, _____ der/die

Unterzeichnete _____

geboren am _____ und kurz vor der Volljährigkeit, beantrage die
Verlängerung des individuellen Betreuungsprojektes verschrieben vom
Dr _____ am _____, bezüglich zu :

- ☐ Lebensmittelallergien
- ☐ Allergien
- ☐ Allergien auf Bienen/Wespenstiche
- ☐ Asthma
- ☐ Epilepsie
- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Diabetes
- ☐ Hämophilie
- ☐ Andere (bitte ergänzen) _____

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass diese Verlängerung unter den gleichen
Bedingungen durchgeführt wird, wie es im vorherigen individuellen
Betreuungsprojekt bestimmt ist. Dieser Verlängerungsformular wird dem
betreffenden PAI beigelegt.

Name der Schule : _____

Datum und Unterschrift des volljährigen Schülers :

**Der Schüler muss dieses Dokument der Division de la médecine scolaire per Post oder
elektronisch zusenden.**