

**FICHE MEDICALE DE L'ELEVE****MATRICULE****NOM DE FAMILLE**

Cadres réservés à l'administration

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de votre enfant, vous êtes priés de remplir cette fiche **avec précision** et de la rapporter lors de l'inscription.

Cochez la case correspondant à votre réponse.

1. IDENTITE DE L'ELEVE**NOM :****PRENOM(S) :****CLASSE :**

Né(e) le :

à :

Tél. Domicile :

Sexe : garçon fille

Groupe sanguin :

2. VACCINATIONS

Joindre à cette fiche une photocopie de **tous** les carnets de vaccination (**obligatoire**)

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**Y-a-t-il des problèmes médicaux dans la famille (parents, frères, sœurs)?** Diabète Hypertension Problèmes pulmonaires Problèmes cardiaques Drépanocytose Autres, précisez :**Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales?** NON OUI - lesquelles et en quelle année?**Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Hépatite (A-B-autre)	<input type="checkbox"/> Perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Convulsions
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Crise de tétanie	<input type="checkbox"/> Saignement de nez
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Verrues plantaires
<input type="checkbox"/> Oreillon	<input type="checkbox"/> Drépanocytose	<input type="checkbox"/> Paludisme
				<input type="checkbox"/> Autres (précisez)

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes?

- Bégaiement
- Dyslexie (précisez)
- Déficience auditive
- Défaut de vision, lequel :
- Problème de dos, lequel :
- Difficultés psychologiques, lesquelles ?
- Autres problèmes, précisez :

Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un suivi :

- Psychologique
- Orthophonique
- Orthopédique

Votre enfant est :

- Droitier
- Gaucher

Votre enfant est-il allergique à

- Des médicaments, lesquels :
- Des aliments, lesquels :
- Autres (insectes, poussières...), précisez :

Comment se manifeste cette allergie? (boutons, toux, ...)

4. TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L'ÉLÈVE

Votre enfant a-t-il des crises de paludisme fréquentes ? OUI NON

Votre enfant suit-il régulièrement un traitement ?

NON OUI, précisez : lequel ?.....

Pour quelle maladie ?

S'agit-il d'un traitement de médecine traditionnelle ? NON OUI

5. AUTRES REMARQUES

N'hésitez pas à nous faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits et de vos remarques concernant votre enfant

.....
.....
.....

6. VOS ENFANTS INSCRITS DANS L'ÉTABLISSEMENT

Nom	Prénom(s)	Sexe	Classe	Observations médicales utiles

7. OU VOUS JOINDRE?

En cas d'accident, l'établissement doit prévenir les parents le plus rapidement possible. Veuillez indiquer les numéros de téléphone :

Père Bureau : Domicile : Cellulaire :

Mère Bureau : Domicile : Cellulaire :

Tuteur Bureau : Domicile : Cellulaire :

Un parent, un voisin: Nom : Tél :

8. VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénoms:

Nom et adresse du Cabinet :

Tél. Cabinet : _____

Cellulaire : _____

L'infirmière scolaire est à votre disposition pour tout renseignement ou tout conseil concernant votre enfant.

Fait, le _____

Signature des parents ou tuteur