

**FICHE MEDICALE**

Année scolaire .....

(Doc 3)

*(A remplir de préférence par le médecin de famille ou le pédiatre)*

**A- Identité :**

Nom et Prénom : .....

Groupe Sanguin : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

Adresse : .....

N° de tél : .....

.....

Cellulaire : .....

**B- Etat Familial :**

Nom et Prénom du père : .....

Profession : .....

Nom et Prénom de la mère : .....

Profession : .....

Antécédents familiaux : .....

.....

**C- Votre enfant est atteint de :** (cocher la case correspondante)

(...) Asthme ربو (..) Diabète سكري (..) Maladie Cardiaque أمراض قلب

(...) Thalassémie تلاسيميا (..) Hémophilie هيموفيليا (..) Epilepsie نوبات الصرع

(...) Anomalie orthopédique شذوذ العظام

Autres : .....

Préciser le traitement suivi : .....

.....

Préciser le traitement en cas d'urgence : .....

.....

Et envoyer un rapport détaillé.

**E- Votre enfant a-t-il subi une (des) intervention(s) chirurgicale(s) ? Si oui, précisez avec la date de l'intervention.**

.....  
.....

**F- Votre enfant souffre-t-il d'une allergie ?**

Saisonnaire : .....  
Médicamenteuse : .....  
Alimentaire : .....  
Autres : .....

**H- Remarques Spéciales :**

Problème visuel : .....  
Problème auditif : .....  
Autres : .....

**I- Aptitude au sport (cocher la case correspondante)**

(...) Apte  
(...) Inapte définitivement (raison) : .....  
(...) Inapte temporairement (raison) : .....  
Durée:..... Précautions à prendre.....

**J- Remarques sur la personnalité :**

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

**K- Nom du Médecin de famille / Pédiatre :** .....  
**Numéro de tél. :** .....

**Personne à contacter en cas d'urgence:**..... **Numéro de tél :** .....

- \* L'infirmière reste à la disposition des parents. Si vous avez besoin d'informations supplémentaires, n'hésitez pas de la contacter, tous les jours entre 7h30 et 14h30
- \* Si l'enfant n'est pas vacciné :
  - Quels sont les maladies d'enfance qu'il a eu ? .....

**Signature du médecin**

**Signature des parents**