|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Service de santé | LOGO BAABDA.JPG | Ecole des Sœurs de la Charité –Besançon-Baabda |

**FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE**

**A**- **IDENTITE**:

Nom et prénom : ……………………….. Admis en classe : ……………………..

Adresse : ……………………………….. N˚ de tél : .............................................. Année : …………………………… …… Groupe sanguin : ……………………..

**B- ETAT FAMILIAL:**

Nom et prénom du père : ………………………….. Profession : ……………………

Nom et prénom de la mère : ………………………. Profession : ……………………

Frères et Sœurs (noms, âge, maladies) ……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

**C- VOTRE ENFANT EST ATTEINT DE : (écrire oui ou non) : يعاني من الولد**

Asthme : (ربو) …….. Diabète : (سكري) …….. Epilepsie : (صرع) …….. Maladies cardiaques : (أمراض في القلب) …….. Thalassémie, hémophilie : (أمراض في الدم) …….. Autres : (غيره) ……..

Si oui préciser le traitement suivi : (أذكر الدواء الذي يعالج به) …………………………………

**D- ALLERGIES: (حساسيّة)**

🞎 Médicamenteuses : ((على أدوية معيّنة: …………………………………………………

🞎 Alimentaires : (على أطعمة معيّنة) …………………………………………………

🞎 Topique (urticaire, eczéma, …) : ...................................................................................

**E- NOTEZ LA MALADIE QU’A EUE VOTRE ENFANT ET PRECISER L’ANNEE:**

**(حدّد المرض الذي تعرض له الولد واذكر السنة)**

Rougeole (حصبة) en ………………………. Varicelle (جدري) en ……………………

Oreillons أبو كعب en ………………………. Autres : ……………………………….

**F- VOTRE ENFANT A-T-IL SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE?**

**(هل أجرى عمليات جراحية)**

Si oui préciser : ((اذا نعم حدد ………………………………………………………………

**G- VACCINATION**: (التلقيح)

**Photocopie du carnet de vaccination** صورة مرفقة عن سجل اللقاحات في الملف الصحّي

**OU**

**Rapport médical récent confirmant les vaccins reçus** تقرير طبي حديث يثبت اللّقاحات

**H- APTITUDE AU SPORT:(الرياضة)**

Apte : (يستطيع) ……………………………………………………………………………

Inapte définitivement : (لا يستطيع) …………………………………………………………

Raison : (السبب أذكر) ………………………………………………………………………

**I- DEFICIT PARTICULIERS :**

Vue : (النظر) …………………………………………..........................................................

Ouïe : (السمع) ………………………………………………………………………………

Autres : ……………………………………………………………………………………

**J- A CONTACTER EN CAS D’URGENCE : (للإتصال في الحالات الطارئة)**

**Nom de la personne** : …………………… **Lien de parenté** : (صلة القرابة) …………

**Numéros de tél** : …………………………………………………………………………

**K- AUTORISATION**

1. Pour une meilleure collaboration avec le Service de santé nous sollicitons votre accord sur l’administration de Panadol à l’école selon les directives du médecin scolaire.

* **Panadol ou Adol sirop** : en cas d’hyperthermie et de douleur OUI 🞎 NON 🞎

1. Pour être à même de répondre à vos attentes, vous êtes priés de signaler à l’infirmière de l’école tout changement de l’état de santé de votre enfant (maladies, asthme, prise de médicament, hospitalisation, opération chirurgicale…) et de présenter un rapport médical à l’appui.

***N.B* :** \* Les parents sont responsables de toute lacune et maladie non déclarées.

\* L’infirmière reste à la disposition des parents. Si vous avez besoin d’informations supplémentaires, n’hésitez pas à la contacter, tous les jours entre 8h00 et 14h00.

**Signature des parents** : ………………………..

**Infirmière** : Maya KRAYEM