**FICHE MEDICALE**

PR/IN/4/2020

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

**A- Identité :**

Nom et Prénom : …………………… Date de naissance : ………………..

Groupe Sanguin : …………………………. Classe : …………………………….

Adresse : …………………………… …………………………………………………….…..

N° de tél en cas d’urgence: …………………….……………..

**B- Etat Familial :**

Nom et Prénom du père : …………….........................

Date de naissance : …………………… Profession : ………………………………...

Maladies Chroniques : ……………………………………………………………………

Nom et Prénom de la mère : …………….....................

Date de naissance : …………………… Profession : ………………………………

 Maladies Chroniques : …………………………………………………………………………………..

Frères et Sœurs (Noms, Ages, Maladies) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**C- Votre enfant est atteint de :** (Ecrire oui ou non)

Asthme :…. Diabète :... Maladie Cardiaque : … Epilepsie :…….

Anomalie orthopédique : ………. Scoliose :…….

Hémophilie : ...... Thalassémie :…………..Rhumatisme :……

Si oui, préciser le traitement suivi :………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

Problèmes visuels :………………………………………………………………………………………...

Problèmes auditifs :………………………………………………………………………………………..

Autres :…………………………………………………………………………………………………….

D**- Notez la maladie qu’a eue votre enfant et préciser l’année :**

Hépatite : en : …………… Varicelle : 🗌 en :…..

Oreillons : 🗌 en :……..

Si oui, préciser le traitement suivi : .................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………....

**E- Votre enfant a-t-il subi une (des) interventions(s) chirurgicale(s) ?Si oui, précisez.**

…………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………

**F- Allergies :**

Médicamenteuse : …….………………………………………………………………………...

Alimentaire : ………………………………………………………………………………………...

Autre : ………………………………………………………………………………………...

En cas d’allergie (recommandations)……………………………………………………………….

**G- Immunisation et Vaccination :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins** | **1ère dose** | **2ème dose** | **3ème dose** | **1er rappel** | **2ème rappel** | **3ème rappel** |
| **DTC polio** |  |  |  |  |  |  |
| **HIB** |  |  |  |  |  |  |
| **Hépatite B** |  |  |  |  |  |  |
| **ROR** |  |  |  |  |  |  |
| **Varicelle** |  |  |  |  |  |  |
| **Méningite** |  |  |  |  |  |  |
| **PCV** |  |  |  |  |  |  |

**Test à la tuberculine : Date : ………………… Résultat : négatif positif**

**H-** **Aptitude au sport :**

Apte : …………………………………………………………………………………………

Inapte définitivement (raison) : ……………………………………………………………………………

Inapte temporairement (raison) : ………………………………………………………………………….

(durée) :……………………………………………………………………………

(précautions à prendre) :…………………………………………………………………………….

**I- Remarques sur la personnalité :**

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………

**J- Nom du Médecin de famille ou de pédiatre :………………………………………………………..**

**Numéro de tél. :** …………………………………………………………………………

**Nom de la personne à contacter en cas d’urgence**: ………………………………………………….

**Numéro de tél. :** …………………………………………………………………………

**L-A l’attention des parents**

Pour une meilleure collaboration, nous sollicitons votre accord sur l’administration de certains médicaments à l’école selon les directives du médecin scolaire :

**-Panadol sirop** : en cas d’hyperthermie ou de douleur ------- oui --------non

**-Motilium sirop** : en cas de vomissement ------- oui --------non

**-Scopinal sirop** : en cas de douleur abdominal aigue ------- oui --------non

**-Aerius sirop** : en cas d’allergie aigue. ------- oui --------non

-**Epipen injection** : en cas de choc allergique. -------- oui --------non

\* 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 10h et 13h.