



FICHE MEDICALE

(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 :.....



Année 202.. – 202...

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	1 ^{ère} dose	2 ^{ème} dose	3 ^{ème} dose	1 ^{er} rappel	2 ^{ème} rappel	3 ^{ème} 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 :.....



Etablissement Sainte Anne
Besançon – Beyrouth
www.besancon.edu.lb



PR/IN/4/2020

Année 202.. – 202...

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

* 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.