



FICHE MEDICALE DE L'ÉLÈVE

MATRICULE

NOM DE FAMILLE

Blank space for student name

Blank space for matricule

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.

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Cette fiche est demandée une seule fois, pour toute la durée de la scolarité de l'élève. Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, il est de la responsabilité des parents de l'élève de signaler à l'infirmière de l'établissement tout changement concernant l'état de santé de leur enfant, à tout moment de leur scolarisation à l'EILV.

Main medical form with fields for name, birth date, class, height, weight, and blood group. Includes a large photo area.

Personnes à contacter en cas d'urgence

Emergency contact form with fields for name, relationship, and telephone number for two contacts.

Médecin référent

Form for the referring doctor with fields for name and telephone number.

Vaccinations

Veillez joindre une copie du carnet de santé de votre enfant mentionnant son calendrier vaccinal (BCG, DTCoqPolio, ROR, Fièvre Jaune) En cas de rappel : Veillez joindre une copie des rappels de vaccination.



## Etat de santé de l'enfant

**1. Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ?**  Oui  Non

**2. Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?**

NON  OUI - lesquelles et en quelle année ?

Si oui : précisez le motif et la date : .....

**3. Votre enfant souffre-t-il ?**

- a. D'allergies :**
- |                |  |                              |
|----------------|--|------------------------------|
| Respiratoires  | <input type="checkbox"/> Oui (.....)                                   | <input type="checkbox"/> Non |
| Cutanées       | <input type="checkbox"/> Oui (.....)                                   | <input type="checkbox"/> Non |
| Alimentaires   | <input type="checkbox"/> Oui (.....)                                   | <input type="checkbox"/> Non |
| Médicamenteuse | <input type="checkbox"/> Oui (.....)                                   | <input type="checkbox"/> Non |
| Autres         | <input type="checkbox"/> précisez (insectes, poussières...) :<br>..... |                              |

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

Inscription à la cantine scolaire  Oui  Non

- b. D'une affection chronique :**  Oui (.....)  Non  
(Asthme, Epilepsie, Diabète, affections cardiaques, épistaxis, céphalée, autres .....)

Si oui : Précisez les traitements et les précautions particulières à prendre :  
.....

**c. D'une atteinte sensorielle :**

- |                     |                                      |                              |
|---------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Problème de vue     | <input type="checkbox"/> Oui (.....) | <input type="checkbox"/> Non |
| Problème d'audition | <input type="checkbox"/> Oui (.....) | <input type="checkbox"/> Non |

**4. 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)	



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

- Bégaiement
- Dyslexie (précisez)
- Problème de dos, lequel ? .....
- Difficultés psychologiques, lesquelles ? .....
- Autres problèmes, précisez .....

**6. Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un suivi ?**

- Psychologique
- Orthophonique
- Orthopédique

*Si oui, merci de joindre, si possible, un compte rendu du dernier bilan effectué.*

**7. Votre enfant est :**

- Droitier
- Gaucher

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

**9. 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

<b>Antécédents familiaux</b>
------------------------------

**Y-a-t-il des problèmes médicaux dans la famille (parents, frères, sœurs)?**

- Diabète
- Hypertension
- Problèmes pulmonaires
- Problèmes cardiaques
- Drépanocytose
- Autres, précisez :.....



## Si votre enfant doit prendre des médicaments durant le temps scolaire

Veillez avoir l'amabilité de joindre systématiquement le formulaire d'autorisation de distribution/d'administration de traitement (téléchargeable sur le site internet de notre école) aux médicaments correspondants, à remettre en mains propres au service médical scolaire.

Je soussigné(e), M. / Mme .....agissant en qualité de Père/mère/tuteur de l'élève sus nommé(e), certifie que les informations fournies dans cette fiche médicale sont exactes.

J'autorise le service médical scolaire à prendre, en cas d'incident grave ou d'affection à évolution rapide, toutes les mesures d'urgence nécessaires, y compris une éventuelle hospitalisation (hôpital de votre choix :.....)

Abidjan, le ...../...../.....

Signature .....