 **ECOLE INTERNATIONALE FIRNAS**

**« Située à ANGRE DJOROBITE 2 »**

**04 BP 1253 Abidjan 04**

**01 02 55 02 13 / 07 87 74 77 44 / 07 48 31 41 65**

**Email: collegeprivefirnas@gmail.com**

**FICHE MEDICALE**

**Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de votre enfant, vous êtes priés de remplir cette fiche avec précision et de la rapporter lors de l’inscription. Cochez les cases qui correspondent à vos réponses.**

1. **IDENTITE DE L’ELEVE**

**NOM PRENOM(S) : ………………………………………………………………….……………………….**

**CLASSE : …………………………………………………………………………………………………..….**

**Né(e) le :……………………………………………………. à ……………………….……………………….**

**Tél. Domicile : ………………………………………………………………………………………………….**

**Sexe : M F Groupe sanguin : ……….……………………….**

1. **VACCINATIONS**

**Joindre à cette fiche un certificat de vaccination ou une photocopie de tous les carnets de vaccination (obligatoire)**

1. **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

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

**ο Diabète Hypertension Problèmes pulmonaires Problèmes cardiaques**

**Drépanocytose Autres, précisez : ………………………………………………………………………………………………………...………….**

**Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales? NON OUI**

**Lesquelles et en quelle année :…………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**Votre enfant a-t-il déjà eu une ou des maladies suivantes ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MALADIE** | **ANNEE** | **MALADIE** | **ANNEE** | **MALADIE** | **ANNEE** |
| **Varicelle** |  | **Coqueluche** |  | **Crise de tétanie** |  |
| **Rougeole** |  | **Oreillon** |  | **Poliomyélite** |  |
| **Rubéole** |  | **Hépatite (A-B-autre)** |  | **Drépanocytose** |  |
| **Méningite** |  | **Asthme** |  | **Perte de connaissance** |  |
| **Convulsions** |  | **Epilepsie** |  | **Saignements de nez** |  |
| **Verrues plantaires** |  | **Paludisme** |  | **Autres (précisez)** |  |

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

**Bégaiement ………………………………………………………………………………………………**

**Dyslexie (précisez) :………….……………………………………………………………………………...**

**Déficience auditive ………………………………………………………………………………………….**

**Défaut de vision, lequel :….............................................................................................................................**

**Problème de dos, lequel : ……………………………..……………………………………………………..**

**Difficultés psychologiques, lesquelles ? ……………………………………………………...…………..…**

**Autres problèmes, précisez ……………………………………………………………..…………………..**

**Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d’un suivi :**

**Psychologique Orthophonique Orthopédique**

**Votre enfant est : Droitier Gaucher**

**Votre enfant est-il allergique à :**

**Des médicaments, lesquels : ………………………………………………………………….………………**

**Des aliments, lesquels : ………………………………………………………………….……………………**

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

**…………………………………………………………………………………………………………….………**

1. **TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L’ÉLÈVE**

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

**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**

1. **AUTRES REMARQUES**

**N’hésitez pas à nous faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits et de vos remarques concernant votre enfant ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **VOS ENFANTS INSCRITS DANS L’ETABLISSEMENT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénoms** | **Sexe** | **Classe** | **Observations médicales utiles** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **OU VOUS JOINDRE?**

**En cas d’accident, l’établissement doit prévenir les parents le plus rapidement possible. Veuillez indiquer les numéros de téléphone :**

**Père : Cellulaire :………………………... Bureau :……………………….……**

**Mère : Cellulaire :………………………… Bureau :…………………….………**

**Tuteur : Cellulaire :………………….…… Bureau :…………………….………**

**Un parent, un voisin Cellulaire :…………….. Bureau :……………………….……**

**Fait, le ……………………………… Signature des parents ou tuteur**