

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE / CONFIDENTIAL MEDICAL RECORD

Nom de l'élève / Student's Name :

Prénom / First Name :

Né (e) le / Date of Birth : à

Sexe / Gender : Féminin / Female ☐ Masculin / Male ☐

L'élève est-il / Is the student : Droitier? / Right-handed ☐ Gaucher? / Left-handed ☐ Groupe sanguins

Contact Parents / Parent Information

Mère / Mother's Name :

Tél : E-mail :

Père / Father's Name :

Tél : E-mail :

I. ANTECEDENTS MEDICAUX / MEDICAL HISTORY

➤ **Maladies allergiques / Allergic Diseases :** Fournir un certificat médical / Medical certificate required

• Asthme / Asthma ☐ Urticaire / Hives ☐ Rhinite / Rhinitis ☐ Eczéma / Eczema ☐

• Allergie alimentaire / Food allergy :

• Intolérance alimentaire / Food Intolerance :

• Allergies médicamenteuses / Drug allergy : Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez / If yes, specify :

➤ **Interventions chirurgicales / Surgical History :**

Oui / Yes ☐ Non / No ☐

Si oui, en quelle année? / If yes, year? :

➤ **Problèmes particuliers / Specific issues :**

Déficience auditive / Hearing difficulties	OUI / YES ☐ NON / NO ☐	Appareil auditif / Hearing Aid	OUI / YES ☐ NON / NO ☐
Problème de dos / Back problem	OUI / YES ☐ NON / NO ☐	Suivi orthophonique / Speech therapy	OUI / YES ☐ NON / NO ☐
Suivi orthopédique / orthopaedic follow-up	OUI / YES ☐ NON / NO ☐	Observations :	
Lunettes / Eyeglasses	OUI / YES ☐ NON / NO ☐	Indiquez le défaut de vision / Specify the vision problem :	
Lentilles de contact / Contact lenses	OUI / YES ☐ NON / NO ☐		
Difficultés psychologiques / psychological issues	OUI / YES ☐ NON / NO ☐	Lesquelles? / Which? :	
Handicap / Disability	OUI / YES ☐ NON / NO ☐	Lequel? / Which? :	
Dyslexie/ Dyslexia	OUI / YES ☐ NON / NO ☐	Bégaiement ou trouble de langage/ Stuttering or language disorder	OUI / YES ☐ NON / NO ☐
Dyspraxie / Dyspraxia	OUI / YES ☐ NON / NO ☐	TDA / TDAH (ADD)	OUI / YES ☐ NON / NO ☐

LES EMERAUDES

➤ L'élève a-t-il eu les maladies suivantes ?

Maladies / Illnesses	Année Year	Maladies / Illnesses	Année Year	Maladies / Illnesses	Année Year
Varicelle / Chicken pox		Laryngite / Laryngitis		RAA	
Rougeole / Measles		Septicémie / Septicemia		Perte connaissance / Loss of consciousness	
Rubéole / Rubella		Mastoïdite / Mastoiditis		Convulsions / Seizures	
Méningite / Meningitis		Gastro entérite / RV GE		Epilepsie / Epilepsy	
Coqueluche / whooping cough		Diarrhée chronique / Chronic diarrhea		Saignement de nez / Nosebleed	
Oreillon / Mump		Hépatite (A-B-autre) / Hepatitis (A-B-other)		Verrues plantaires / Plantar warts	
Otite / otitis		Anémie / Anemia		Thalacisémie / Thalacisemia	
Poliomyélite / Polio		Leucémie / Leukemia		Crise cardiaque / Heart attack	
Bronchite / Bronchitis		Drépanocytose / Sickle cell disease		Favisme / favism	
Pneumonie / Pneumonia		Diabète / Diabetes		Hypertension / High blood pressure	
Pharyngite / Pharyngitis		Crise de tétanie / Tetany crisis		Fièvre typhoïde / Typhoid fever	

II. TRAITEMENT EN COURS SUIVI PAR L'ELEVE / CURRENTLY ON MEDICATIONS

➤ L'élève prend-il un traitement régulièrement et sur le long terme? / Is the student receiving treatment regularly and over the long term?

OUI/YES ☐ NON/NO ☐

Lequel? / Which? :

Pour quelle maladie? / For what disease?

Depuis quelle date? / Since what date? :

Date prévue pour la fin du traitement ? / Expected end date of treatment? :

Fournir un certificat médical / Provide a medical certificat.

➤ L'élève prend-il régulièrement un traitement antipaludéen? / Is the student regularly taking anti-malarial treatment?

OUI/YES ☐ NON/NO ☐

Lequel ? / Which ? :

III. VACCINATION

VACCINS / VACCINES	Dernier vaccin / Last vaccine	Prochain rappel / Next vaccine
BCG		
IDR		
DTP-DULTAVAX		
FIEVRE JAUNE / YELLOW FEVER		
MENINGITE / MENINGITIS ACW135		
TYPHOÏDE / TYPHOID		
HEPATITE B / HEPATITIS B		
COVID-19		

Photocopie du carnet de vaccination requise / Vaccination record required.

IV. ANTECEDENTS ET EVENEMENTS FAMILIAUX / FAMILY HISTORY AND SPECIFIC EVENTS

➤ **Problèmes médicaux familiaux / Family Medical Issues :**

Diabète / Diabetes ☐

Hypertension / High blood pressure ☐

Problèmes cardiaques / Heart conditions ☐

Drépanocytose / Sickle cell disease ☐

Autres, précisez / Other, please specify

➤ **Évènements particuliers / Specific events :**

Naissance / Birth ☐

Décès / Death ☐

Divorce ☐

Viol/Rape ☐

Rapatriement / Deported ☐

Autres, précisez / Other, please specify :

AUTRES ENFANTS INSCRITS DANS L'ÉTABLISSEMENT / OTHER CHILDREN ENROLLED IN THE SCHOOL

NOM/LAST NAME	PRENOMS/FIRST NAME	SEXE	CLASSE

NB : Nous vous rappelons, chers parents, que c'est ensemble, avec toute la communauté éducative et de santé que nous accompagnons vos enfants, nos élèves vers la réussite dans un environnement sain et épanouissement. Nous vous invitons, par conséquent à ne pas hésiter à communiquer avec le service de santé pour le bien-être des enfants. Nous nous engageons à préserver la confidentialité des informations fournies et vous rappelons que l'infirmière est tenue au secret professionnel. Elle est à votre disposition et peut être rencontrée sur rendez-vous pour toute information et/ou conseil.

NB : We remind you, dear parents, that together with the entire educational and health community, we are helping your children, our students, to succeed in a healthy and fulfilling environment. We invite you, therefore, to contact the health service for the well-being of children. We are committed to the confidentiality of the information provided and remind you that the nurse is bound by professional secrecy. She is at your disposal and can be met by appointment for any information and/ or advice.

A/In, Le/On

Signature des parents ou du tuteur / Parent's or guardian's signature