

FICHE MEDICALE 2021-2022

Pièces à joindre:

- Photocopie du carnet de vaccination à jour
- La fiche santé et le certificat médical d'aptitude au sport doivent être signés et tamponnés par le médecin qui sont obligatoires pour chaque année scolaire

PHOTO
RECENTE

Nom de famille:

Prénom:

Date de naissance:

Classe 2021-2022:

1. Nom et Prénom du père:/tuteur légal:..... Tel:.....
2. Nom et Prénom de la mère/tuteur légal:..... Tel :.....
3. Téléphone en cas d'urgence (nom de la personne).....

TOUTE ADMINISTRATION DE MEDICAMENT PAR L'INFIRMIERE EST SOUMISE A LA REMISE D'UNE PRESCRIPTION MEDICALE

4. **Maladie antérieure ou chronique :**

Asthme Oui Non Diabète Oui Non Si autre maladie, nom:

Traitement Traitement Traitement

Pompe à insuline. Oui Non

5. **Opérations chirurgicales faites depuis la naissance- Dates et lesquelles :**

6. **Antécédent/s de crise épileptique:** Oui Non

Si oui précisez le traitement et l'âge de la 1ère crise:.....

7. **Allergie/s:** Oui Non

Si oui, quel type d'allergie/s : Alimentaire Médicamenteuse Autres

Autres, spécifiez :.....

Important – Contacter impérativement l'infirmière si votre enfant est allergique, fournir un certificat médical et présenter l'injection d'épipen en cas de prescription par le médecin traitant.

8. **Votre enfant a-t-il déjà consulté un(e) psychologue ?** Oui Non

Si oui, fournir un rapport détaillé de la psychologue

9. **Votre enfant a-t-il déjà consulté un(e) psychomotricien(ne) ?** Oui Non

Si oui, fournir un rapport détaillé de la psychomotricienne

10. **Votre enfant a-t-il déjà consulté un(e) orthophoniste ?** Oui Non

Si oui, fournir un rapport détaillé de l'orthophoniste

11. **Déficit auditif :** Oui Non **Présence d'un appareil auditif ?** Oui Non

Si oui, fournir un rapport détaillé de son médecin traitant

12. **Votre enfant a-t-il un trouble visuel quelconque?** Oui Non

Si oui lequel (fournir le compte-rendu médical).....

13. **Port de lunettes ?** Oui Non

14. **Votre enfant est apte à la pratique d'activités sportives scolaires et extra-scolaire** Oui Non

Le « Medical certificate of suitability for physical activity » doit obligatoirement être complété et signé par un médecin pour chaque année scolaire.

AUTORISATION (Partie réservée uniquement aux parents)

- J'autorise à l'infirmière scolaire ayant sa licence médicale à administrer à mon enfant les médicaments requis par son problème de santé.
- J'autorise la direction de l'école à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près s'il est impossible de nous rejoindre.

J'autorise l'infirmière scolaire à communiquer les informations inscrites ci-dessus, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de l'élève.

Le(s) responsable(s) de l'enfant attestent sur l'honneur que les informations ci-dessus sont exactes et que le carnet de vaccination est à jour de tous les vaccins obligatoires au Qatar. (Si des vaccins complémentaires sont effectués, la copie du carnet de vaccination à jour devra être remise à l'infirmière).

Il en va de la responsabilité des parents de nous transmettre tout changement de l'état de santé de l'enfant.

SIGNATURE DES PARENTS

Ou du tuteur légal

SIGNATURE DU MEDECIN & TAMPON

MEDICAL CERTIFICATE OF SUITABILITY FOR PHYSICAL ACTIVITY

2021 - 2022

Mandatory for all children starting from the Pre-KG (PS – أولى روضة)

I, the undersigned:

Doctor's name: _____

Name of Health Center: _____

Certify that I have examined the child (Name): _____

Date of birth: _____

(strike out inapplicable statement)

And

- I had not noticed at the date of this day any apparent clinical signs contraindicating sport practice.

Or

- I had noticed that the child has signs contraindicating sport practice, which are:

.....
.....
.....

In this case, indicate what the **student** MAY DO in the context of a physical practice:

- FONCTIONS :

walk / run / jump / carry / swim

Specify:

- KIND OF EFFORT :

Intense and brief / extended (Limited time to:))

Issued at, on (date).....

Signature and stamp of the doctor