

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 nouvelle inscription

PHOTO
RECENTE

Nom de famille:

Prénom:

Date de naissance:

Classe 2024-2025:

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