

FICHE MEDICALE 2023-2024

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 2023-2024:

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

Mandatory documents:

Copy of an update vaccination card (required for first admission and updated in case of new vaccination)

This health form is filled, signed and stamped by a doctor for first registration and signed also by parents

Picture



Last name:

First name:

Date of birth:

Grade:

1. Father/ Guardian name: Phone number:.....

2. Mother/ Guardian name: Phone number:.....

3. Emergency phone number (name of the person).....

YOU HAVE TO PROVIDE THE NURSE WITH THE PHYSICIAN STATEMENT IF THERE IS A TREATMENT TO BE TAKEN AT SCHOOL.

4. Previous or chronic illness :

Asthma Yes No Diabetes Yes No If other illness, name:

Treatment Treatment Treatment

5. Surgical intervention since birth- Name and specify with dates:

6. Past history of epilepsy: Yes No

If yes, specify previous treatment and the age of first seizure:.....

7. Allergy(ies): Yes No

If yes, what type of allergy(ies): Food Medication Other

Other, specify :.....

Important – you have to contact the school nurse in case of allergy and provide a medical certificate

8. Has your child ever seen a psychologist ? Yes No

If yes, bring a detailed report from the psychologist

9. Has your child ever seen a physiotherapist ? Yes No

10. Has your child ever seen a speech therapist ? Yes No

If yes, bring a detailed report from the speech therapist

11. Hearing problems : Yes No Hearing aid ? Yes No

12. Vision problems? Yes No

If yes, specify (provide a medical report).....

13. Corrective lenses ? Yes No

14. Your child is fit for curricular and extra-curricular sports activities. Yes No

AUTHORIZATION

I authorize the school nurse who has a medical license to administer to my child the drugs required by his health problem.

I authorize the school administration to take the necessary measures in an emergency and to have my child transported to the nearest doctor or hospital if it is impossible to reach us.

I authorize the school nurse to communicate the information listed above, as needed, to school personnel who may have to intervene in an emergency situation with the student.

For the Re-enrollment – in case you select “NO”, the « Medical certificate of suitability for physical activity » must be completed and signed by a doctor

The persons responsible for the child hereby confirm that the informations above are true and that the vaccination card is up to date with all mandatory vaccines in Qatar.

It is the parent's responsibility to update us any changes in the medical condition of their child.
(In case of new vaccines, you have to hand over a copy of the up to date vaccination card to the school nurse)

PARENTS or GUARDIANS SIGNATURE

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
(Mandatory only for new student)