

	<h2 style="text-align: center;">FICHE MEDICALE 2026-2027</h2> <p>Pièces à joindre: Photocopie du carnet de vaccination à jour – Vérification des vaccins et des rappels de vaccination de votre enfant inscrit dans notre établissement Voltaire, conformément au calendrier national des vaccinations en vigueur au Qatar. <i>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</i></p>	<p>PHOTO RÉCENTE</p>
--	--	-----------------------------

Nom de famille:.....

Prénom:.....

Date de naissance:.....

Classe 2026-2027:.....

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 1^{ère} 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

SIGNATURE DU MEDECIN & TAMPON

Ou du tuteur légal