

## 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 2025-2026:

- Nom et Prénom du père:/tuteur légal:..... Tel:.....
- Nom et Prénom de la mère/tuteur légal:..... Tel :.....
- 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.

- Votre enfant a-t-il déjà consulté un(e) psychologue ?  Oui  Non  
Si oui, fournir un rapport détaillé de la psychologue
- Votre enfant a-t-il déjà consulté un(e) psychomotricien(ne) ?  Oui  Non  
Si oui, fournir un rapport détaillé de la psychomotricienne
- Votre enfant a-t-il déjà consulté un(e) orthophoniste ?  Oui  Non  
Si oui, fournir un rapport détaillé de l'orthophoniste
- Déficit auditif :**  Oui  Non Présence d'un appareil auditif ?  Oui  Non  
Si oui, fournir un rapport détaillé de son médecin traitant
- Votre enfant a-t-il un **trouble visuel** quelconque?  Oui  Non  
Si oui lequel (fournir le compte-rendu médical).....
- Port de lunettes ?  Oui  Non
- 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**