



AISB 2024- 2025

INFORMATION MEDICALE DES ELEVES

S'il vous plaît la copie du carnet de vaccination de votre enfant doit être soumise à ce formulaire

Nom de l'Elève _____ Date _____

Date de Naissance _____ Féminin Masculin
Mois Jour Année

Groupe sanguin et Rhésus _____ Médicaments pris régulièrement _____

HISTORIQUE MÉDICALE DE L'ÉLÈVE

	Oui	Non		Oui	Non
Douleurs abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blessures, Brûlures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme bronchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paludisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O.R.L (Oreille/Nez/Gorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes menstruels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire Aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies génitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fièvre écarlate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessures à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infection cutanée/ chevelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles Urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il vous plaît expliquer _____



AISB 2023 - 2024

INFORMATION MEDICALE DES ELEVES

S'il vous plaît la copie du carnet de vaccination de votre enfant doit être soumise à ce formulaire

INFORMATIONS MÉDICALES DE L'ÉLÈVE

1. S'il vous plaît fournissez toute autre information nécessaire sur la santé dont nous devons être conscients

2. Indiquer toute réaction indésirable aux vaccins _____

3. Votre fils/fille n'a jamais subi une intervention chirurgicale? Oui Non

Si oui, expliquer _____

4. Votre fils/fille a déjà été hospitalisée? Oui Non

Si oui, expliquer _____

5. Votre fils/fille porte des lunettes ? Oui Non Lentilles de contact? Oui Non

6. Votre fils/fille est allergique à des médicaments prescrits (exemple:pénicillin)? Oui Non

7. Votre fils/fille à un handicap physique, qui lui/elle interdirait de participer à notre programme d'éducation physique ou de nos équipes sportives? Oui Non

Si oui expliquer _____

J'accorde par le présent formulaire la permission à AISB de administrer des médicaments non normative à mon fils/ma fille.

Evacuer mon fils/fille a l'hospital/clinique en cas d'urgence.

Nom du parent

Signature des parents

Date

REMARQUE: UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION DE VOTRE ENFANT DOIT ACCOMPAGNER CE FORMULAIRE.