

## DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL

**Veuillez rendre ce dossier, dûment complété et signé, avec une copie du carnet de vaccination de l'enfant**

الرجاء ملء هذا الملف بالكامل، توقيعه وإعادته مع نسخة مرفقة عن سجل اللقاحات الخاصة بالولد.

### I-IDENTITE :

Nom et prénom : ..... Admis en classe : .....

Nom du père : ..... Nom de la mère : .....

Date de naissance : ..... Adresse : .....

#### للاتصال في الحالات الطارئة :

Nom de la personne ( un parent proche ) : .....

Lien de parenté : (صلة القرابة) .....

Numéros de tél : .....

### II-INFORMATIONS MEDICALES :

#### A- VOTRE ENFANT EST ATTEINT DE :

هل يعاني ولدكم من أي من الأمراض التالية او غيرها ؟ اذا إن كان الرد بنعم، الرجاء كتابة التفاصيل :

Type de Maladie	نوع المرض	Oui / نعم	Date التاریخ	Medicaments/ الدواء
Maladies respiratoires	أمراض الجهاز التنفسى			
Maladies digestives	أمراض الجهاز الهضمي			
Maladies cardiaques	أمراض القلب			
Épilepsie	داء الصرع			
Diabète	السكري			
Maladies du système urinaire	أمراض المسالك البولية			
Hépatite	الصفيرية			
Maladies hématologiques	أمراض الدم			
Autres maladies	أمراض أخرى			

#### B-VOTRE ENFANT EST-IL SOUS TRAITEMENT MEDICAL? Si oui, veuillez préciser

هل يخضع الولد حالياً لعلاج ما؟ إن كان الرد بنعم، الرجاء كتابة التفاصيل.

#### C- VOTRE ENFANT A-T-IL SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE?

هل أجرى ولدكم عمليات جراحية ؟

Si oui veuillez préciser: (اذا نعم حدد) .....

**D- ALLERGIES: (حساسية)**

ALLERGIE SUR	حساسية على	Nom du medicament / aliment / اسم الدواء / الأطعمة / غير ذلك	TYPE D'ALLERGIE / Symptômes نوع الحساسية / العوارض
Médicaments	الأدوية		
Aliments	الأطعمة		
Autres	غير ذلك		

**E- NOTER LA MALADIE QU'A EU VOTRE ENFANT ET PRECISER L'ANNEE:**

(حدد المرض الذي تعرض له الولد واذكر السنة)

Rougeole (حصبة) en .....

Varicelle (جدري) en .....

Oreillons (أبو كعيب) en .....

Autres : .....

**F- DEFICIT PARTICULIERS:**

Type de déficit	نوع المشاكل	كتابة التفاصيل إن كان الرد بنعم، الرجاء : Si oui veuillez ecrire les details:
Problèmes visuels	مشاكل بصرية	
Problèmes auditifs	مشاكل سمعية	
Problèmes psychologiques	مشاكل نفسية	
Autres		

**G-APTITUDE AU SPORT: (الرياضة)** في حال وجود مانع لعدم ممارسة الرياضة يرجى ابراز تقرير طبي يبرر السبب

Apte : ..... Inapte définitivement : ..... (لا يستطيع) .....

Raison : ..... (السبب) .....

**N.B :** Les parents sont responsables de toute lacune et maladie non déclarées.**AUTORISATION**

Je, soussigné, ..... , père / mère de l'élève ..... autorise l'infirmière de l'école et l'équipe assistante à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale ou d'accident. De plus, je confirme toutes les informations mentionnées ci-dessus concernant mon enfant.

..... أنا الموقع أدناه، ..... والد / والدة التلميذ.....

أسمح للفريق التمريضي في المدرسة بأخذ الإجراءات العلاجية الضرورية في الحالات المرضية الطارئة أو عند حصول حادث ما، وأؤكد

صحة المعلومات الخاصة بيبني / بابنتي الواردة في هذا الملف.

**Nom du Père / de la Mère**

إسم الوالد / الوالدة

**Signature التوقيع****Date التاريخ**

Infirmière  
Maya KOZAH KRAYEM