

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL

Veillez 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 :

A contacter en cas d'urgence : (للاتصال في الحالات الطارئة)

Nom de la personne : 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 أو غيرها ؟ إذا إن كان الرد بنعم، الرجاء كتابة التفاصيل :

Type de Maladie	نوع المرض	Oui /نعم	Date التاريخ	Medicaments/الدواء
Maladies respiratoires	أمراض الجهاز التنفسي			
Maladies digestives	أمراض الجهاز الهضمي			
Maladies cardiaques	أمراض القلب			
Épilepsie	داء الصرع			
Diabète	السكري			
Maladies du système urinaire	أمراض المسالك البولية			
Hépatite	الصفيرة			
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: (إذا نعم حدد)

D- ALLERGIES: (حساسية)

ALLERGIE SUR	حساسية على	Nom du médicament / aliment / اسم الدواء / الأطعمة / غير ذلك	TYPE D'ALLERGIE / Symptômes	نوع الحساسية / العوارض
Medications	الأدوية			
Food	الأطعمة			
Other	غير ذلك			

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

(حدّد 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:
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 : (يستطيع) Inapte définitivement : (لا يستطيع)

Raison : (السبب)

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

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 بإبني / إبنتي الواردة في هذا الملف.

Name of Father / Mother

إسم الوالد / الوالدة

Signature التوقيع

Date التاريخ

Infirmière
Maya KOZAH KRAYEM