

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 : (للإتصال 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 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 / الأظعمة / غير ذلك	TYPE D'ALLERGIE / Symptômes نوع الحساسية / العوارض
Médicaments	الأدوية		
Aliments	الأظعمة		
Autres	غير ذلك		

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

(حدّد المرض الذي تعرض له الولد وأذكر السنة)

Rougeole (حصبة) en Varicelle (جدري) en
Oreillons (أبو كعيب) en Autres :

F- DEFICIT PARTICULIERS:

Type de déficit _	نوع المشاكل	Si oui veuillez écrire les details: الرجاء : إن كان الرد بنعم، الرجاء : كتابة التفاصيل
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.

.....
Nom du Père / de la Mère

إسم الوالد / الوالدة

.....
Signature التوقيع

.....
Date التاريخ

Infirmière
Maya KOZAH KRAYEM