

# Fiche de renseignements médicaux

*Parents/tuteurs légaux, merci de compléter ce qui suit :*

Nom de l'élève :

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Votre enfant présente-t-il des conditions de santé particulières (diabète, asthme, allergies) ?**  
**Si 'oui', veuillez les lister ci-dessous :**

---

---

---

---

**Veillez renseigner tout traitement médical habituel et/ou tout traitement médical d'urgence**  
*(inhalateur pour asthme, epi-pen, etc.) :*

---

---

---

---

**A noter :** Conformément à notre Politique GWA d'Administration des Médicaments, tout médicament doit être fourni par les parents, ainsi qu'une ordonnance du médecin. Cela est également valable pour tous les médicaments symptomatiques tels que le doliprane ou les antitussifs.

**Votre enfant souffre-t-il d'allergies (médicamenteuses, environnementales ou alimentaires) ?**  
**Si 'oui', veuillez les lister ci-dessous :**

---

---

---

---

**Important :** Si votre enfant souffre d'allergies, son médecin traitant **doit** remplir le formulaire de dispositif allergies (Allergy Plan) prévu à cet effet aux pages 6-8.

## Vaccins obligatoires

Veillez renseigner les dates des vaccinations (JJ/MM/AAAA) :

Diphtérie / Tétanos / Pertussis/ Poliomyélite / Hib

1	2	3	4
---	---	---	---

Rappel Tétanos / Diphtérie / Pertussis (*habituellement à 11-12 ans*)

1
---

Rougeole / Oreillons / Rubéole

1	2	3
---	---	---

BCG (Tuberculose)

1
---

**Important :** Tous ces vaccins sont OBLIGATOIRES avant l'entrée à GWA. Toute exemption médicale ou religieuse doit être fournie par un médecin, qui doit compléter un formulaire d'exemption médicale.

**Si votre fils/fille n'a pas reçu le vaccin du BCG, il est impératif que l'un des vaccins suivants lui soit administré lors de l'année précédant sa première entrée à GWA :**

- Test Cutané à la Tuberculine (TCT) ou test Dérivé Protéinique Purifié (DPP)
- Test sanguin QuantiFERON TB GOLD (QFT)
- Radiographie des poumons

Veillez fournir une copie des résultats de l'un des tests ci-dessus au Service Santé GWA.

## Vaccinations optionnelles

Veillez compléter la date à laquelle chaque vaccin a été administré (JJ/MM/AAAA) :

Hépatite A

1	2
---	---

Hépatite B (*fortement recommandé*)

1	2	3
---	---	---

Grippe (*fortement recommandé, particulièrement pour les enfants asthmatiques ou souffrant d'une autre maladie chronique*)

1	2	3
---	---	---

Méningite Méningococcique

1	2
---	---

Pneumocoque Conjugué (*fortement recommandé*)

1	2	3	4
---	---	---	---

Varicelle (*fortement recommandé*)

1	2
---	---

Si l'élève a eu la varicelle et que cela a été diagnostiqué par un médecin, veuillez noter la date :

\_\_\_\_\_

**Je certifie, qu'à ma connaissance, toutes les informations sont vraies et complètes. Je donne mon consentement au personnel médical GWA pour qu'il prenne soin de mon fils/ ma fille au meilleur de leur capacité et j'autorise l'échange d'informations médicales avec les professionnels de santé si nécessaire.**

Signature des parents/ du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Antécédents médicaux

Cette partie doit être remplie par le médecin de votre enfant :

Condition	Oui	Non	Commentaires
Opérations chirurgicales antérieures			
Allergies (alimentaires/ médicamenteuses/aux insectes/ saisonniers) <i>Si "Oui," veuillez compléter le formulaire de dispositif allergies</i>			
Problèmes respiratoires (ex. Asthme)			
Troubles du déficit de l'attention (ADHD), troubles du développement, troubles du comportement (ex. Autisme)			
Troubles urinaires ou intestinaux			
Paralysie cérébrale ou autres problèmes de développement musculaire			
Diabète <i>Si "oui," veuillez compléter le formulaire de prise en charge d'un élève diabétique</i>			
Problèmes de vision – Le port de lunette est-il prescrit ?			
Problèmes auditifs			
Problèmes cardiaques			
Antécédents de blessures à la tête/ commotions cérébrales ? Maux de tête ou migraines fréquentes ?			
Blessures à la colonne vertébrales ou scoliose			
Antécédents de fractures			
Troubles neurologiques (crises d'épilepsie)			
Symptômes d'anxiété/dépression ou autres troubles psychosociaux			
Sensations de vertiges ou d'étourdissements			

**Informations complémentaires :**

## Examen du corps

Cette partie doit être remplie par le médecin de votre enfant :

Examen	Normal	Anormal	Anomalies relevées / recommandations :
Cheveux / Cuir chevelu			
Peau			
Yeux / Vision			
Oreilles / Audition			
Nez et gorge			
Dents et gencives			
Ganglions lymphatiques			
Coeur / appareil cardiovasculaire			
Poumons / appareil respiratoire			
Abdomen			
Système génito-urinaire			
Système neuromusculaire			
Extrémités			
Colonne vertébrale (scoliose)			
Autres			

**Commentaires supplémentaires :**

Taille (cm) :	Pouls :
Poids (kg) :	Tension artérielle :

***En apposant ci-dessous ma signature ou le cachet de mon cabinet, je reconnais que cet enfant est en bonne santé et qu'il est apte à faire du sport à l'école, à participer aux activités sportives parascolaires et à suivre les cours d'éducation physique et sportive.***

Signature du médecin :

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom du médecin (à remplir en toutes lettres) :

\_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin (adresse et numéro de téléphone) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Dispositif obligatoire de prise en charge des Allergies

Cette partie doit être remplie par le médecin de votre enfant si ce dernier est sujet aux allergies

<b>ALLERGIES</b> (y compris allergies alimentaires et médicamenteuses)	<b>INTENSITE DES SYMPTOMES</b> (sévère*, modérée, faible)

**\*Si un élève développe des symptômes sévères, il ne pourra pas manger les repas servis par la cafétéria GWA de l'école.**

<b>Symptômes d'une réaction allergique systémique</b>	(Entourez ce qui est révélateur chez cet élève)
Réactions respiratoires	difficultés à respirer, toux répétées, respiration sifflante
Réactions cardiaques	pouls faible, évanouissement, vertiges/ étourdissements
Réactions orales/ORL	démangeaison ou gonflement des lèvres, de la langue ou de la bouche
Réactions cutanées	rougeurs, éruptions cutanées, urticaire, visage ou extrémités qui enflent
Réactions abdominales	nausées, crampes abdominales, vomissements

## Actions à mettre en place en cas de Réaction Allergique Mineure

Si les symptômes montrent :

---

---

---

Veuillez administrer \_\_\_\_\_ (Name of medication)  
\_\_\_\_\_ (posologie) \_\_\_\_\_ (voie d'administration)

Veuillez appeler \_\_\_\_\_ (nom et numéro de téléphone des parents ou du tuteur) ou \_\_\_\_\_ (personne à contacter en cas d'urgence – nom et numéro de téléphone)

**Si l'état de l'élève ne s'améliore pas après \_\_\_\_\_ minutes, veuillez suivre le protocole ci-dessous relatif aux Réactions Allergiques Sévères.**

### **Actions à mettre en place en cas de réaction allergique majeure**

Si l'élève est susceptible d'avoir ingéré quelque chose et/ou que les symptômes montrent :

---

---

---

**Veillez administrer immédiatement** \_\_\_\_\_ (nom du médicament)  
\_\_\_\_\_ (posologie) \_\_\_\_\_ (voie d'administration)

**Veillez appeler une ambulance immédiatement.**

Refaire une injection IM d'épinéphrine (adrénaline) à \_\_\_\_\_ mg s'il n'y a aucun changement/amélioration des symptômes après \_\_\_\_\_ minutes suivant la première injection d'épinéphrine.

Veillez appeler \_\_\_\_\_ (nom et numéro de téléphone des parents ou du tuteur) ou \_\_\_\_\_ (personne à contacter en cas d'urgence – nom et numéro de téléphone)

### **Signatures obligatoires :**

Nom du médecin (à remplir en toutes lettres) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Noms des parents (à remplir en toutes lettres) : \_\_\_\_\_

---

Signatures des parents : \_\_\_\_\_

Cette partie doit être complétée par les parents ou le tuteur :

Si un élève souffre d'allergies alimentaires, veuillez choisir l'une des options de restauration possibles à GWA ci-dessous :

**Option A** : menus standards, sans modification particulière (Les menus sont disponibles en ligne ; il est possible d'amener un repas de la maison si un aliment prévu au menu doit être évité)

**Option B** : menus modifiés (en cas d'allergies alimentaires modérées / d'intolérances alimentaires ou tout autre régime alimentaire particulier). Veuillez spécifier les groupes d'aliments qui doivent être retirés du plateau-déjeuner de votre enfant :

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_
- D. \_\_\_\_\_

Par exemple, si 'produits laitiers' figure parmi les aliments modérément intolérants stipulés par le médecin, le personnel de la cafétéria retirera tous les aliments susceptibles de contenir des produits laitiers. Cela inclut les pâtisseries et/ou viennoiseries, les sauces et tout autre aliment pouvant être contaminé par des produits laitiers.

**Option C** : aucun menu GWA. La famille est entièrement responsable de la préparation de tout repas et en-cas de l'élève.

## Dans les classes :

En ce qui concerne les niveaux Nursery à 3ème année, si votre enfant souffre d'allergies alimentaires, l'administration et l'infirmière de l'école peuvent mettre en place les dispositifs suivants. Veuillez indiquer les actions souhaitées :

Un espace séparé et personnel où l'élève puisse déjeuner et prendre ses en-cas.

Communication faite à tous les parents de la classe en ce qui concerne l'allergie de votre enfant, tout en respectant son intimité, informant vos besoins quant à ce qui peut être apporté pour toute la classe en termes de friandises, goûters etc...tout au long de l'année.

Un espace ZERO PARTAGE, ZERO ECHANGE pour toute nourriture et en-cas dans la classe de votre enfant.

## Sorties scolaires :

Si votre enfant (de l'Ecole Élémentaire) participe à une sortie scolaire à l'extérieur du campus GWA, nous vous demandons de vous mettre en rapport avec l'(les) enseignant(s) et le personnel accompagnateur GWA et de leur préciser rapidement et clairement les besoins de votre enfant relatifs à son régime alimentaire. Si votre enfant est atteint d'une pathologie chronique, l'infirmière de l'école se mettra en relation avec les parents et les enseignants pour définir le traitement ou les soins médicaux appropriés durant la sortie scolaire.