



FICHE MEDICALE- ACST

استمارة الفحص الطبي

- La fiche médicale doit être complétée et signée par les parents et le médecin traitant avant la rentrée des classes.
- La fiche médicale peut être complétée dans votre pays d'origine à condition que la date soit récente (moins de six mois avant la rentrée)
- **ACST se réserve le droit de suspendre l'élève des cours et des activités scolaires si la fiche médicale n'a pas été remise à l'infirmerie.**
- Il est souhaitable pour les parents de garder une copie de la fiche médicale remplie et signée.

photo

INFORMATIONS PERSONNELLES / المعلومات الشخصية والاتصال

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

DATE DE NAISSANCE :	CLASSE	SEXE : M F
NOM DE LA MERE OU TUTEUR 1:	NOM DU PERE OU TUTEUR 2:	
EMAIL:	EMAIL:	

ADRESSE EN TUNISIE

	TELEPHONE DOMICILE	TELEPHONE BUREAU	TELEPHONE PORTABLE
MERE OU TUTEUR 1			
PERE OU TUTEUR 2			

NOM DU MEDECIN TRAITANT EN TUNISIE

NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE LE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

LIEN DE PARENTE:	TELEPHONE :
------------------	-------------

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT :

HISTORIQUE MEDICALE / معلومات طبية بعد فحص طبي

	OUI	NON	ALLERGIES:	
MALADIES CHRONIQUES			TRAITEMENT:	
HOSPITALISATIONS				
CHIRURGIES			TAILLE (cm)	POIDS (kg)
MIGRAINES				OUI NON
VERTIGES			LUNETTES:	
CONVULSIONS			APPAREIL AUDITIF :	
COMMOTIONS			APPAREIL DENTAIRE:	
RESPIRATOIRES/ASTHME			COLONNE VERTEBRALE:	
PROBLEME CARDIAQUE			CONDUITE DE L'ENFANT/SENSIBILITE :	
PROBLEME RENAL				
PROBLEME ABDOMINAL			MEDICATION QUOTIDIENNE OU D'URGENCE:	
PROBLEME DE PEAU				
PBE ORTHOPEDIQUE				

PRECISION EN CAS DE PROBLEMES:

AUTORISE A PRATIQUER L' EDUCATION PHYSIQUE	OUI	NON
AUTORISE A PRATIQUER LES SPORTS DE COMPETITION	OUI	NON

LIMITATIONS:

DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN / إمضاء الطبيب

VACCINATIONS (photocopie du carnet de vaccination) / التطعيمات

La liste des vaccinations mentionnée ci dessous est obligatoire dès l'admission à l'ACST

REMARQUES :

DTPOLIO							
TETANOS							
POLIO							
ROUGEOLE*							
OREILLONS*							
RUBEOLE*							
HEPATITE B							
Facultatif:							
Varicelle							
BCG							
ROR							

SI LE CARNET DE VACCINATION DE VOTRE ENFANT A ETE EGARE, LES RAPPELS SUIVANT SERONT OBLIGATOIRES : DTPOLIO, ROR ET HEPATITE ACCOMPAGNES D'UN CERTIFICAT MEDICAL FOURNI PAR LE MEDECIN TRAITANT.

Les élèves du primaire ne sont pas autorisés à transporter des médicaments dans leur cartable à l'école. Si l'élève est sous traitement et qu'il est nécessaire de lui administrer un ou des médicaments pendant les heures de classes, un imprimé fourni par l'infirmerie ou existant sur le site web de l'école devra être complété, signé et remis à l'infirmerie de l'école.

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS DE NECESSITE D'ADMINISTRER A LEUR ENFANT LES MEDICAMENTS CI-DESSOUS A L'ECOLE/ اذن إعطاء هذه الأدوية في المدرسة

NOM DU MEDICAMENT	OUI	NON	INDICATIONS
IBUPROFEN			ANTI-INFLAMMATOIRE SANS ASPIRINE
PARACETAMOL			DOULEURS ET FIEVRE. (Efferalgan)
ANTI- ACID			CONTRE LES DOULEURS ABDOMINALES
SIROP CONTRE LA TOUX			REDUIT LA TOUX SANS SOMNOLENCE
PASTILLES : DRILL			REDUIT LES MAUX DE GORGE
ANTIHISTAMINIQUE			ANTI-ALLERGIE
DECONGESTANT			CONGESTION NASALE

PERMISSION D'ADMINISTRER DES MEDICATIONS D'URGENCE: / اذن إعطاء أدوية إستعجالية

EN CAS D'URGENCE : LORS D'OBSERVATION CHEZ L'ELEVE, DE SYMPTOMES NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE IMMEDIATE, J'AUTORISE L'ECOLE (ACST) A ADRESSER MON ENFANT DANS UNE INSTITUTION MEDICALISEE (Clinique ou hopital). JE NE TIENDRAI PAR L'ECOLE POUR RESPONSABLE CONCERNANT LES DEPENSES, CHARGES, RECLAMATIONS ET DOMMAGES ENGENDREES PAR CETTE DECISION ET J'EN GARANTIS L'INDEMNISATION.

SIGNATURE DES PARENTS: / إمضاء الأولياء

DATE:

Les parents sont tenus d'informer l'école en cas de changements d'adresse, de numeros de téléphone ou de statut medical de l'élève, le cas échéant ils seront tenus responsable pour non information à l'école.