

**Medical Examination Form
Grades Nursery-12**

This medical examination form is requested for application to the Casablanca American School (CAS). In addition to this form and prior to admission, the audiogram and the vision check need to be completed. These tests need to be repeated at the beginning of Grade 1, 4, 7, and 10). Thank you very much for your cooperation. If you have any questions or comments about this form, please feel free to contact us.

Ce formulaire médical est requis au moment du dépôt du dossier de demande d'inscription à Casablanca American School (CAS). Il doit être accompagné d'un audiogramme et d'un contrôle oculaire. Ces deux documents devront être renouvelés au début des Grades 1, 4, 7 et 10.

Nous vous remercions pour votre aimable coopération. N'hésitez pas à contacter l'école pour tout complément d'information.

To be completed by parent / A faire remplir par les parents

Child's Name: _____
Nom de l'enfant

Date of Birth: _____ Sex: M / F _____
Date de naissance

Mother's Name: _____
Nom de la Mère

Father's Name: _____
Nom du Père

In case of emergency, name of the person responsible for the child:

En cas d'urgence, nom de la personne responsable de l'enfant:

Tel.: _____

In case the above-mentioned person is absent, name of the person, we can reach:

En cas d'absence de la personne responsable, nom de la personne à contacter:

Tel.: _____

Has this child ever suffered from any of the following? If so, provide details including dates.

Cet enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert d'une des maladies suivantes? Si oui, prière de préciser les dates et détails s'y rapportant.

	Yes / No <i>Oui / Non</i>	Comments <i>Remarques</i>
Epilepsy <i>Épilépsie</i>	— —	_____
Hypothyroidism <i>Hypothyroïdie</i>	— —	_____
Hyperthyroidism <i>Hyperthyroïdie</i>	— —	_____
Meningitis <i>Méningite</i>	— —	_____
Convulsions <i>Convulsions</i>	— —	_____
Diabetes <i>Diabète</i>	— —	_____



Has your child ever had /
Votre enfant a-t-il déjà contracté

Chickenpox
Varicelle

Measles
Rougeole

German Measles
Rubeole

Whooping Cough
Coqueluche

Mumps
Oreillons

Other
Autre

Does your child suffer from /
Votre enfant souffre-t-il de...

Asthma
Asthme

Earaches
Otitis

Bedwetting
Énurésie

Heart problems
Problèmes cardiaques

Neurological problem
Problèmes Neurologiques

Intestinal problem
Problèmes intestinaux

Eye problem/Contact lenses *Problèmes oculaires/lentilles*

Please give us more details about your child's health problems; (if any chronic medical condition)
Veuillez nous donner tous les détails sur un éventuel problème de santé de votre enfant; (L'enfant souffre-t-il de maladies chroniques)

Does your child have any allergy to medications, food...? Describe then the symptoms:
Votre enfant présente-t-il des allergies à des médicaments, à de la nourriture ?

Does your child take medication? If yes, specify name of medication and dosage.
Votre enfant prend-il des médicaments ? Si oui, précisez le nom du médicament et la posologie.

Serious injury or surgery:
Blessures graves ou intervention(s) chirurgicale(s)

Girls: Has your daughter had her first period? Yes No
Filles: votre fille a-t-elle déjà eu ses menstruations? Oui Non

Any menstruation problems:
Votre fille souffre-t-elle des problèmes de menstruation? Lesquelles?

In the event of a clinic transport, parents will be notified, and then their emergency contact.
Casablanca American School will not transport any student outside of school unless the nurse (or her substitute) determines emergency transport is necessary.

Otherwise, First Aid will be given until a parent or emergency contact arrives.

I hereby give permission to the nurse (or her substitute) to give medicine to my child for the following problems - diarrhea, fever, headache.

Par la présente, j'autorise l'infirmière (ou un remplaçant) à administrer un médicament à mon enfant dans les cas suivants: diarrhée, fièvre, maux de tête. En cas de transfert vers un centre hospitalier, les parents seront appelés en premier, suivis de la personne à contacter d'urgence en cas d'absence.

Casablanca American School ne fera transférer aucun élève en dehors de l'école avant que l'infirmière (ou un remplaçant) ne le juge nécessaire.

Sinon, les premiers soins seront donnés en attendant l'arrivée d'un parent ou autre personne à contacter d'urgence.

Name and signature of a parent / *Nom et signature de parent*

Date: _____



Medical Examination Form
Grades Nursery-12

To be filled in by a physician / A faire remplir par un médecin

Please, indicate if this child should be exempted from physical education.
Merci de mentionner si cet enfant doit être exempté d'éducation physique

To your knowledge does this child suffer from any emotional or psychological condition?
If so, explain:

A votre connaissance, cet enfant souffre-t-il d'un quelconque dysfonctionnement émotionnel ou psychologique ?

Please indicate if this child demonstrates any learning issues such as dyslexia, attention deficit, hyperactivity.
Veuillez préciser si cet enfant présente des difficultés d'apprentissage ou autres incapacités, par exemple dyslexie.

Weight: _____ Height: _____

Please indicate any other health condition(s) the child may have that is (are) not covered on this form:

Le cas échéant, veuillez indiquer tous les autres renseignements médicaux concernant l'enfant qui ne sont pas abordés dans ce formulaire.

This child has been examined. His physical health is satisfactory and he can participate in all activities.

Cet enfant a été examiné. Il est apte à participer à toutes les activités.

Vaccinations

Date of the last tetanus shot (DPT or DT): _____

Date de la dernière injection antitétanique

Date of the last polio recall: _____

Date du dernier rappel antipoliomyélitique

Date of the last MMR shot (ROR vaccine): _____

Date du dernier rappel antirougeoleux-antiourlien-antirubéolique (ROR)

Date of the last tuberculosis vaccination or BCG: _____

Date de la dernière vaccination contre la tuberculose

Other vaccinations: _____

Autres vaccins

Physician's name: _____

Nom du médecin

Signature and stamp: _____

Signature et cachet

Date: _____

ADDITIONAL INFO



FOR N-K ONLY

Psychomotor Exam
Examen psychomoteur

Toilet-trained:
Proprete

Daytime
Diurne

Night-time
Nocturne

Language:
Elocution

Clear
Claire

Understandable
Compréhensible

Communication:

Behavior: _____

Comportement

Manual Dexterity:

Dextérité manuelle

General Motor Ability:

Capacité Motrice Générale

Oral Exam : _____

Examen Oral

Condition of the gums: _____

Etat des gencives

Condition of the teeth (note cavities, teeth missing or malpositioned):

Etat de la dentition (préciser les caries, les absences et malpositions)

Bone and Muscle Exam :

Examen de l'appareil locomoteur

Skeleton and stature:

Squelette et stature

Muscle Tone:

Tonus musculaire

Weight : _____

Poids

Height : _____

Taille

