



AISB 2022 - 2023
STUDENT MEDICAL INFORMATION
Please note a copy of your child's vaccination record must be Submitted with this form

Student Name: _____ Date: _____

Date of Birth: _____ - _____ - _____ Female Male
 Month Day Year

Blood Type: _____ Medication(s) taken regularly: _____

Health History

	Yes	No		Yes	No
Abdominal complaints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injuries, Burns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchial Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chickenpox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENT (Ear/Nose/Throat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstrual Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Food Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genital Abnormalities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlet Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sickle Cell Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head Injuries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin &/or Scalp Infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinary Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain: _____

Student Medical Information

1. Please provide any other health information of which we should be aware: _____

2. Please indicate any adverse reactions to vaccines: _____

3. Has your son/daughter ever undergone surgery? Yes No

If yes, please explain: _____

4. Has your son/daughter ever been hospitalized? Yes No

If yes, please explain: _____

5. Does your son/daughter wear glasses? Yes No Contact lenses? Yes No

6. Is your son/daughter allergic to any prescribed medications (i.e. penicillin)? Yes No

7. Does your son/daughter have any physical disability, which would prohibit him/her from participating in our physical education program or on our sports teams? Yes No

If yes, please explain: _____

I hereby grant AISB permission to:

- administer non-prescriptive medications to my son/daughter.
- admit my son/daughter to a hospital/clinic in case of an emergency.

Parent Name Printed

Parent Signature

Date

NOTE: A copy of your child's immunization records must accompany this form.

Nom de l'Elève: _____ Date: _____

Date de Naissance: _____ - _____ - _____ Féminin Masculin

Mois Jour Année

Groupe sanguin et Rhésus : _____ Médicaments pris régulièrement: _____

Historique médicale de L'élève

	Oui	Non		Oui	Non
Douleurs abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blessures, Brûlures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme bronchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paludisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O.R.L (Oreille/Nez/Gorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes menstruels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire Aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies génitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fièvre écarlate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessures à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infection cutanée/ chevelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles Urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il vous plaît expliquer: _____

Informations Médicales de L'élève

1. S'il vous plait fournissez toute autre information nécessaire sur la santé dont nous devons être conscients: _____

2. Indiquer toute réaction indésirable aux vaccins: _____

3. Votre fils/fille n'a jamais subi une intervention chirurgicale? Oui Non

Si oui, expliquer: _____

4. Votre fils/fille a déjà été hospitalisée? Oui Non

Si oui, expliquer: _____

5. Votre fils/fille porte des lunettes ? Oui Non Lentilles de contact? Oui Non

6. Votre fils/fille est allergique à des médicaments prescrits (exemple:pénicillin)? Oui Non

7. Votre fils/fille à un handicap physique, qui lui/elle interdirait de participer à notre programme d'éducation physique ou de nos équipes sportives? Oui Non

Si oui expliquer: _____

J'accorde par le présent formulaire la permission à AISB de :

administrer des médicaments non normative à mon fils/ma fille.

évacuer mon fils/fille a l'hospital/clinique en cas d'urgence

Nom du parent

Signature des parents

Date

REMARQUE: Une copie du carnet de vaccination de votre enfant doit accompagner ce formulaire.