



ECOLE HAMASKAINE – TARKMANTCHATZ

Համազգային - Թարգմաչաց Վարժարան

19-27, sentier des Epinettes, 92130 Issy-Les-Moulineaux

Tel : 01 46 45 60 55

e-mail : ecole.tarkmantchatz@gmail.com

FICHE MEDICALE

Nom : Prénom :

Sexe : F M Date de naissance : Groupe sanguin :

Adresse et N° de téléphone en cas d'urgence :

En tant que parent/personne responsable de l'élève sus nommé, je donne l'autorisation à la direction de l'école, ainsi qu'à tout enseignant de l'école concerné par les soins et la santé des élèves, d'avoir accès aux données de la fiche médicale de mon enfant. Ceci uniquement afin de répondre aux besoins de sa santé et de son éducation.

Lieu et date : Signature (parent ou personne responsable) :

SECTION I - ANAMNÈSE DE L'ÉLÈVE

L'élève souffre-t-il (elle) ou a-t-il (elle) souffert de :

- Troubles de nutrition ou de poids OUI NON • Diabète OUI NON
- Troubles du sommeil OUI NON • Troubles de l'apprentissage OUI NON
- Allergies OUI NON • Problèmes orthopédiques OUI NON
- Trouble social, émotionnel ou comportemental OUI NON • Epilepsie OUI NON
- Troubles de la vision, de l'ouïe ou de l'élocution OUI NON • Troubles cardiaques OUI NON
- Conséquences d'accidents ou de blessures OUI NON • Maladies chroniques OUI NON
- Troubles respiratoires / asthme OUI NON • Troubles dermatologiques OUI NON
- Troubles rénaux Maladies du système uro-génital OUI NON • Autres OUI NON

Merci d'apporter des précisions **en cas de réponse positive** à l'une ou l'autre des rubriques ci-dessus. (Nature et fréquence du trouble, dernier épisode, intensité etc.)

.....
.....
.....
.....



ECOLE HAMASKAINE – TARKMANTCHATZ

Համազգային - Թարգմաչաց Վարժարան
19-27, sentier des Epinettes, 92130 Issy-Les-Moulineaux
Tel : 01 46 45 60 55
e-mail : ecole.tarkmantchatz@gmail.com

SECTION II - MALADIES

Indiquer les maladies déjà contractées par l'élève, en indiquant si possible la date :

Table with 2 columns of diseases (Oreillons, Scarlatine, Varicelle, Rougeole, Autres, Rubéole, Coqueluche, Diphtérie, Pneumonie) and checkboxes for OUI/NON, with DATE fields for each.

SECTION III - QUESTIONS GÉNÉRALES

L'élève a-t-il/elle subi une hospitalisation ou intervention chirurgicale ? Si oui laquelle ? Y a-t-il des conséquences actuelles ?

Form with three horizontal dotted lines for providing answers to the hospitalization question.

L'élève prend-il occasionnellement ou régulièrement des médicaments ? Si oui, lequel (lesquels) et pour quelle raison ?

Form with three horizontal dotted lines for providing answers to the medication question.

Y a-t-il une restriction, ou une adaptation nécessaire, à ce que l'élève participe pleinement aux activités de l'école, y compris aux sports ?

Form with three horizontal dotted lines for providing answers to the restriction question.

L'élève suit-il (elle) un traitement psychologique, ou l'a-t-il (elle) fait dans le passé ? Si oui, donner des précisions :

Form with three horizontal dotted lines for providing answers to the psychological treatment question.



ECOLE HAMASKAINE – TARKMANTCHATZ

Համազգային - Թարգմաչաց Վարժարան

19-27, sentier des Epinettes, 92130 Issy-Les-Moulineaux

Tel : 01 46 45 60 55

e-mail : ecole.tarkmantchatz@gmail.com

SECTION IV - VACCINATIONS

L'élève a reçu les vaccins suivants (indiquer la date) :

		DATE			DATE
• Hépatite A	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Tétanos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
• Hépatite B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Poliomyélite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
• BCG	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Diphtérie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
• ROR	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____

Mlle / M.....

- est actuellement en bonne santé.
- n'a pas été récemment en contact avec des personnes atteintes de maladies contagieuses.
- doit être particulièrement suivi(e) sur les points suivants :

Lieu et date :

Timbre et signature du médecin :
Adresse et n° de téléphone :