



ÉCOLE HAMASKAINE – TARKMANTCHATZ

Համազգային - Թարգմանչաց 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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Diabète | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Troubles de l'apprentissage | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Allergies | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Problèmes orthopédiques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Trouble social, émotionnel ou comportemental | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Epilepsie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles de la vision, de l'ouïe ou de l'élocution | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Conséquences d'accidents ou de blessures | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles respiratoires / asthme | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Troubles dermatologiques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles rénaux
Maladies du système uro-génital | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Autres | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 and DATE fields.

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 ?

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

L'élève prend-il occasionnellement ou régulièrement des médicaments ? NON

Si oui, lequel (lesquels) et pour quelle raison ?
.....
.....
.....

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 ?

Si oui, préciser la raison de cette restriction :
.....
.....
.....

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

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



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 :