



Année scolaire 2020-2021  
School year 2020-2021

Classe:  
Class

**FICHE MEDICALE  
MEDICAL RECORD**

Cette fiche est confidentielle, elle est exigée dans l'intérêt de l'élève.  
*This record is confidential, made in the interest of the student.*

**RENSEIGNEMENTS PRATIQUES – PRACTICAL INFO**

Prénom:..... Nom : .....  
*First Name Last Name*  
Garçon / Fille Date de naissance : .... / .... / .....  
*Boy/Girl Birth date*  
Prénom du père : ..... Nom du père :.....  
*Father's first name Father's last name*  
Prénom de la mère:..... Nom de la mère:.....  
*Mother's first name Mother's last name*

**Veillez indiquer ci-dessous trois numéros de téléphone où la famille peut être contactée en cas de nécessité**

**– Please indicate below three phone numbers where the family can be reached if needed:**

Domicile/Home:.....  
Mère/Mother:.....  
Père/Father:.....  
Autre/Other:.....

**INFORMATIONS MEDICALS/MEDICAL INFORMATION**

Groupe sanguin : ..... Poids : ..... kg Taille : ..... cm  
*Blood type Weight Size*

Souffre-t-il d'allergie ? Si oui à quoi? .....  
*Does your child suffer from allergy? If yes, to what? .....*

L'élève a une allergie \_\_\_\_\_ (moyenne, sévère)  
*Student has \_\_\_\_\_ (mild allergy, life-threatening allergy)*

A-t-il subi une maladie ou une intervention grave ? Quand et la quelle?.....  
*Did your child ever have a serious illness or surgery? When and which?.....*

A-t-il des problèmes de vue ? Porte-t-il des lunettes ou des lentilles ? .....  
*Does your child have vision problems? Does your child wear glasses or contact lens? .....*

A-t-il des problèmes d'ouïe?.....  
*Does your child have hearing problems? .....*

A-t-il d'autres problèmes de santé non cités?.....  
*Does your child have any other health problems?.....*

**Tout changement dans ces renseignements doit nous être signalé immédiatement**  
**Any change in this information must be communicated to us immediately**

**L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de ?**

**Does your child suffer (permanently or regularly) from?**

	OUI YES	NON NO	Si oui quel est son traitement habituel? Quelles précautions particulières à prendre? <i>If Yes, what is the usual treatment? Any specific precautions to take?</i>
Diabète / <i>Diabetes</i>			
Maladie cardiaque / <i>Heart problems</i>			
Epilepsie / <i>Epilepsy</i>			
Affection de la peau / <i>Skin problems</i>			
Insomnie / <i>Insomnia</i>			
Asthme / <i>Asthma</i>			
Saignement de nez / <i>Nose bleeding</i>			
Maux de tête / <i>Headaches</i>			
Autres / <i>Others</i>			

Prend-il des médicaments ? Lesquels ? A quelles doses ? A quels moments ?

*Does your child take any medication? Which ones? Which dose? At what time?*

Noms des médicaments/ <i>Name of medication</i>	Matin <i>Morning</i>	Midi <i>Noon</i>	Goûter <i>Snack time</i>	Souper <i>Diner</i>	Coucher <i>bedtime</i>

**Merci de fournir une copie des prescriptions – Please provide copy of prescriptions**

Est-il allergique à certains médicaments ?.....

*Does your child have any allergy to medication? .....*

**En cas d'accident, autorisez-vous le transport de l'enfant à Nordic Medical Centre ou à la clinique Danu ?**

***In case of accident, do you authorize your child to be transported to Nordic Medical Center or Danu hospital?***

Oui/ Yes

Non/No

Hôpital de préférence/ *Preferred hospital* .....

Médecin traitant/ *Attending physician*:.....

Coordonnées /*Contact info* .....

Remarque/ *Comment*:.....

Date:...../...../.....

Signature des parents/ *Parents' signature*.....

**Tout changement dans ces renseignements doit nous être signalé immédiatement**  
**Any change in this information must be communicated to us immediately**