



Année scolaire 2021-2022
School year 2021-2022

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