



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