

## FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

(À renseigner avec soin)

Ce document doit être remis **sous enveloppe fermée**, accompagné d'une photocopie du carnet de vaccination

Nom de l'élève : ..... Prénoms : ..... Classe : .....

Né (e) le : ..... à ..... Nationalité : .....

Sexe : Féminin  Masculin  / L'élève est-il : Droitier ?   
Gaucher ?

Groupe et rhésus sanguins : ..... (Avec une photocopie des 2 déterminations)

Nom, Prénom et e-mail mère :

..... Cél : .....

Nom, Prénoms et e-mail père :

..... Cél : .....

### I. ANTECEDENTS MEDICAUX

**O Maladies allergiques :** Fournir un certificat médical

• Asthme  Urticaire  Rhinite  Eczéma

• Alimentaire : -Allergie : .....  
-Intolérance : .....

• Médicamenteuse : Oui  Non

Si oui, Précisez : .....

---

**Cocody Angré Château 10è Tranche, non loin de l'Institut de théologie des Jésuites**

**08 BP 1722 Abidjan 08 / Tél : 00 225 0799 793 933 - 00 225 0799 793 934**

**E.mail : admissions@ college-international-lesvallees.org**

- Autres. Précisez .....

**○ Difficultés dans la petite enfance :**

Oui  Non

Si oui, Précisez : .....

**○ Interventions chirurgicales :**

Oui  Non

Si oui, en quelle année ? : .....

**○ Problèmes particuliers :**

DIFFICULTES		DIFFICULTES	
Déficience auditive	OUI <input type="checkbox"/> NON	Appareil auditif	OUI <input type="checkbox"/> NON
Problème de dos	OUI <input type="checkbox"/> NON	Suivi orthophonique	OUI <input type="checkbox"/> NON
Suivi orthopédique	OUI <input type="checkbox"/> NON	Observations : .....	
Port de lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON	Indiquez le défaut de vision : .....	
Port de lentilles de contact	OUI <input type="checkbox"/> NON	.....	
Difficultés psychologiques	OUI <input type="checkbox"/> NON	Lesquelles ? : .....	
Handicap	OUI <input type="checkbox"/> NON	Lequel ? : .....	
Dyslexie	OUI <input type="checkbox"/> NON	Bégaiement ou trouble du langage	OUI <input type="checkbox"/> NON
Dyspraxie	OUI <input type="checkbox"/> NON	TD / TDAH (ADD)	OUI <input type="checkbox"/>

**○ L'élève a-t-il eu les maladies suivantes ?**

Maladies	Année	Maladies	Année	Maladies	Année
Varicelle	.....	Laryngite	.....	RAA	.....
Rougeole	.....	Septicémie	.....	Perte connaissance	.....
Rubéole	.....	Mastoïdite	.....	Convulsions	.....
Méningite	.....	Gastro enterite	.....	Epilepsie	.....
Coqueluche	.....	Diarrhée chronique	.....	Saignement de nez	.....
Oreillon	.....	Hépatite (A-B-autre)	.....	Verrures plantaires	.....
Otite	.....	Anémie	.....	Thalacisémie	.....
Poliomyélite	.....	Leucémie	.....	Crise cardiaque	.....
Bronchite	.....	Drépanocytose	.....	Favisme	.....
Pneumonie	.....	Diabète	.....	Hypertension	.....
Pharyngite	.....	Crise de tétanie	.....	Fièvre Thypoïde	.....

**II. TRAITEMENT EN COURS SUIVI PAR L'ELEVE**

**○ L'élève prend-il un traitement régulièrement et sur le long terme ?**

OUI  NON

Lequel ? : ..... Pour

quelle maladie ? : .....

Depuis quelle date ? : .....

Date prévue pour la fin du traitement ? : .....

**Fournir un certificat médical.**

**○ L'élève prend-il régulièrement un traitement paludéen ?**

OUI  NON

Lequel ? : .....

### III. VACCINATIONS

VACCINS	Date du dernier vaccin	Numéro du lot	Date du prochain rappel
BCG			
IDR			
DTP-DULTAVAX			
FIEVRE JAUNE			
MENINGITE ACW135			
TYPHOÏDE			
HEPATITE B			
COVID-19			

Ne pas oublier de joindre à ce document une **photocopie de toutes les pages renseignées du carnet de vaccination.**

### IV. ANTECEDENTS ET EVENEMENTS FAMILIAUX

- **Nous invitons les familles à nous préciser des problèmes médicaux de parents proches (grands-parents, père, mère, frères et sœurs) :**

Diabète  Hypertension  Problèmes cardiaques  Drépanocytose

Autres, précisez : .....

- **Et évènements particuliers :**

Naissance  Décès  Divorce  Séparation  Viol  Rapatriement

Autres, précisez : .....

AUTRES ENFANTS INSCRITS DANS L'ETABLISSEMENT			
NOM	PRENOMS	SEXÉ	CLASSE

**NB : Nous vous rappelons, chers parents que c'est ensemble, avec toute la communauté éducative et de santé que nous accompagnons vos enfants, nos élèves vers la réussite dans un environnement sain et épanouissement. Nous vous invitons, par conséquent à ne pas hésiter à communiquer avec le service de santé pour le bien-être des enfants. Nous nous engageons à préserver la confidentialité des informations fournies et vous rappelons que l'infirmière est tenue au secret professionnel. Elle est à votre disposition et peut être rencontrée sur rendez-vous pour toute information et/ou conseil.**

A....., le .....

Nom, Contact, Cachet et signature du Médecin

A ....., le .....

Signature des parents ou du tuteur