



FICHE MEDICALE - ACST

- o La fiche médicale doit être complétée et signée par les parents et le médecin traitant avant la rentrée des classes.
- o La fiche médicale peut être complétée dans votre pays d'origine à condition que la date soit récente (moins de 6 mois avant la rentrée).
- o **ACST se réserve le droit de suspendre l'élève des cours et des activités scolaires si la fiche médicale n'a pas été remise à l'infirmerie.**
- o Il est souhaitable pour les parents de garder une copie de la fiche médicale remplie et signée.

PHOTO

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....	CLASSE :	SEXE : M..... F.....
NOM DE LA MERE/TUTEUR 1 :	NOM DU PERE /TUTEUR 2 :	

ADRESSE EN TUNISIE :

	TELEPHONE PORTABLE	TELEPHONE BUREAU
MERE/TUTEUR 1		
PERE/TUTEUR 2		

NOM DU MEDECIN TRAITANT EN TUNISIE : NUMERO DE TELEPHONE :

NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

LIEN DE PARENTE :

NUMERO DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

HISTORIQUE MEDICALE (PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT)

	OUI	NON	ALLERGIES :		
MALADIES CHRONIQUES			TRAITEMENT :		
HOSPITALISATIONS					
CHIRURGIES			TAILLE (cm) :	POIDS (kg) :	
MIGRAINES			OUI NON		
VERTIGES			LUNETTES		
CONVULSIONS			APPAREIL AUDITIF		
COMMOTIONS			APPREIL DENTAIRE		
RESPIRATOIRES/ASTHME			COLONNE VERTEBRALE		
PROBLEME CARDIAQUE			CONDUITE DE L'ENFANT/ SENSIBILITE :		
PROBLEME RENAL					
PROBLEME ABDOMINAL			MEDICATION QUOTIDIENNE OU D'URGENCE :		
PROBLEME DE PEAU					
PROBLEME ORTHOPEDIQUE					

PRECISION EN CAS DE PROBLEMES

AUTORISE A PRATIQUER L'EDUCATION PHYSIQUE	OUI	NON
AUTORISE A PRATIQUER LES SPORTS DE COMPETITION	OUI	NON
LIMITATIONS :		

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT

..... **DATE**/...../.....

VACCINATIONS (photocopie du carnet de vaccination est souhaitable) / التطعيمات

LA LISTE DES VACCINATIONS MENTIONNEES CI-DESSOUS EST OBLIGATOIRE DES L'ADMISSION A ACST REMARQUES

DTPOLIO*							
TETANUS							
POLIO							
ROUGEOLE							
RUBEOLE							
HEPATITIS B							
COVID-19 : 12ans et +							
Facultatif :							
VARICELLE							
BCG*							
ROR							
COVID-19 < 12 ans							

DTPOLIO* : DIPHTERIE, TETANOS et POLIOMYELITE / BCG* : Vaccin contre la tuberculose

SI LE CARNET DE VACCINATION DE VOTRE ENFANT A ETE EGARE, LES RAPPELS SUIVANTS SERONT OBLIGATOIRES : DTPOLIO, ROR ET HEPATITE B ACCOMPAGNES D'UN CERTIFICAT MEDICAL FOURNI PAR LE MEDECIN TRAITANT.

INFORMATIONS SUR L'ALLERGIE DE L'ELEVE :

Votre enfant souffre-t-il d'allergie?**OUI****NON**

Les symptômes de l'allergie incluent :

..... ERUPTION CUTANEE AVEC DEMANGEAISONS

..... GONFLEMENT AUTOUR DES YEUX, DU VISAGE OU DES EXTREMITES

..... DEMANGEAISONS ET/OU OPPRESSION DANS LA GORGE

..... ENROUEMENT

..... NAUSEES, CRAMPES ABDOMINALES, VOMISSEMENT ET/OU DIARRHEE

..... ESSOUFFLEMENT

..... TOUX

..... EVANOUISSEMENT, POULS FAIBLE

Votre enfant utilise-t-il un traitement pour soulager l'allergie ?**OUI****NON**

TRAITEMENT	DOSE	AUTRE INFORMATIONS	O/N FOURNIR DES MEDICAMENTS

LES ELEVES NE SONT PAS AUTORISES A TRANSPORTER DES MEDICAMENTS DANS LEURS CARTABLES A L'ECOLE. SI L'ELEVE EST SOUS TRAITEMENT ET QU'IL EST NECESSAIRE DE LUI ADMINISTRER DES MEDICAMENTS PENDANTS LES HEURES DE CLASSES, UN FORMULAIRE EXISTANT SUR LE SITE WEB DE L'ECOLE DEVRA ETRE COMPLETER, SIGNER ET REMIS A L'INFIRMIERE DE L'ECOLE

AUTOISATION D'ADMINISTRER LES MEDICAMENTS : / إذن إعطاء هذه الأدوية في المدرسة

Veillez indiquer oui ou non à côté de chaque médicament qui peut être donné par l'infirmière à votre enfant.

NOM DU MEDICAMENT	OUI	NON	INDICATIONS
IBUPROFEN			ANTI-INFLAMMATOIRE SANS ASPIRINE
PARACETAMOL			DOULEURS ET FIEVRE
ANT-ACID			CONTRE LES DOULEURS ABDOMINALES
SIROP CONTRE LA TOUX			REDUIT LA TOUX SANS SOMNOLENCE
PASTILLE: DRILL			REDUIT LES MAUX DE GORGE
ANTIHISTAMINIQUE			ANTI-ALLERGIE
DECONGESTANT			CONGESTION NASALE

PERMISSION D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS: / إذن إعطاء أدوية استعجالية

EN CAS D'URGENCE, LORS D'OBSERVATION CHEZ L'ÉLÈVE, DE SYMPTOMES NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE IMMEDIATE, J'AUTORISE L'ÉCOLE (ACST) A ADRESSER MON ENFANT DANS UNE INSTITUTION MEDICALISEE (CLINIQUE OU HOPITAL). JE NE TIENDRAIS PAS L'ÉCOLE OU LES AUTORITÉS SCOLAIRES RESPONSABLES DES DÉPENSES, RÉCLAMATIONS, PERTES OU DOMMAGES QUI POURRAIENT SURVENIR À LA SUITE D'UNE TELLE ACTION ET J'EN GARANTIS L'INDEMNISATION.

SIGNATURE DES PARENTS : / إمضاء الأولياء

..... **DATE**/...../.....

Les parents sont tenus d'informer l'école en cas de changements d'adresse, de numéros de téléphone ou de statut médical de l'élève, le cas échéant ils seront tenus responsable pour non-information à l'école.