



# FICHE MEDICALE DE L'ELEVE

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de votre enfant, vous êtes priés de remplir cette fiche avec précision et de la rapporter à l'école.

Cochez la case correspondant à votre réponse.

## 1- IDENTITE DE L'ELEVE

Fille NOM : ..... PRENOM(S) : ..... CLASSE : .....

Garçon Né(e) le ..... à ..... Domicile ..... Groupe sanguin.....

## 2- ANTECEDENTS MEDICAUX

Y-a-t-il des problèmes médicaux dans la famille (parents, frères, sœurs) ?

- Diabète     Hypertension     Problèmes pulmonaires     Problèmes cardiaques     Drépanocytose
- Autres, précisez.....

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?

NON                       OUI                      Lesquelles et en quelle année ?.....

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
<input type="checkbox"/> Varicelle	.....	<input type="checkbox"/> Hépatite (A-	.....	<input type="checkbox"/> Perte de	.....
<input type="checkbox"/> Rougeole	.....	<input type="checkbox"/> Bautre)	.....	<input type="checkbox"/> connaissance	.....
<input type="checkbox"/> Rubéole	.....	<input type="checkbox"/> Diabète	.....	<input type="checkbox"/> Convulsions	.....
<input type="checkbox"/> Méningite	.....	<input type="checkbox"/> Asthme	.....	<input type="checkbox"/> Epilepsie	.....
<input type="checkbox"/> Coqueluche	.....	<input type="checkbox"/> Poliomyélite	.....	<input type="checkbox"/> Verrues plantaires	.....
<input type="checkbox"/> Oreillon	.....	<input type="checkbox"/> Drépanocytose	.....	<input type="checkbox"/> Paludisme	.....
		<input type="checkbox"/> Saignement de nez	.....	<input type="checkbox"/> Autres	.....
		<input type="checkbox"/> Crise de tétanie	.....	(précisez).....	.....
				.....	

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?

- Bégaiement
- Dyslexie (précisez)
- Déficience auditive Orthophonique
- Défaut de vision, lequel ?..... Orthopédique
- Problème de dos, lequel ?.....
- Difficultés psychologiques, lesquelles ?.....
- Autres problèmes, précisez.....

Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un suivi

- 
- Psychologique
- 

Votre enfant est :

- Droitier
- Gaucher

Votre enfant est-il allergique à

- 
- Des aliments, lesquels ?.....
- Autres (insectes, poussières...), précisez :.....
- Comment se manifeste cette allergie ? (Boutons, toux,...).....

**3- TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L'ELEVE**

Votre enfant a-t-il des crises de paludisme fréquentes ?

OUI

NON

Votre enfant suit-il régulièrement un traitement ?

NON

OUI, précisez lequel ?.....

Pour quelle maladie ?.....

S'agit-il d'un traitement de médecine traditionnelle ?

OUI

NON

**4- AUTRES REMARQUES**

N'hésitez pas à nous faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits et de vos remarques concernant votre enfant :  
Traitement, allergies, difficultés éventuelles, etc.

.....  
.....  
.....  
.....

**5- VOTRE MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénoms :..... Nom et

✉ cabinet :.....



Cabinet.....



.....

Si nous ne pouvons pas vous joindre en cas d'accident, votre enfant sera conduit à l'hôpital suivant  
(préciser).....à défaut il sera conduit à la PISAM.

Fait à Abidjan, le.....

Signature des parents ou tuteur

**ECOLE MATERNELLE ET ELEMENTAIRE " GRAIN DE SOLEIL"**

Siège Social: RIVIERA III Route du Lycée Blaise Pascal

☎ (225) 27 22 24 24 24 - 📞 (225) 07 59 30 00 30 / 07 09 07 20 00 - 25 BP 1730 Abidjan 25

Site web : [www.graindesoleil.ci](http://www.graindesoleil.ci) - E-mail: [ecole.graindesoleil@mlfmonde.org](mailto:ecole.graindesoleil@mlfmonde.org)



# CERTIFICAT DE VACCINATION

(Préciser au crayon les prochains vaccins à faire)

Fait à.....le.....

Je soussigné (e) .....

Certifie que

l'enfant.....

Né (e) le .....Lieu de naissance.....

En classe de.....

2<sup>ème</sup> rappel Le.....Lot N°.....

A reçu :

## LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES SUIVANTES

**Vaccin BCG:** Le.....Lot N°.....

**Vaccin DT COQ HIB + HB:**

1<sup>ère</sup> dose Le.....Lot

N°.....

2<sup>ème</sup> dose Le.....Lot N°.....

3<sup>ème</sup> dose Le.....Lot N°.....

1<sup>er</sup> rappel Le.....Lot N°.....

2<sup>ème</sup> rappel Le.....Lot

N°.....

3<sup>ème</sup> rappel Le.....Lot

N°.....

## VACCIN ANTIPOLIOMYELITIQUE

1<sup>ère</sup> dose Le.....Lot N°.....

2<sup>ème</sup> dose Le.....Lot N°.....

3<sup>ème</sup> dose Le.....Lot N°.....

1<sup>er</sup> rappel Le.....Lot N°.....

**VACCIN ANTIROUGEOLEUX** Le.....Lot N°.....

**VACCIN ANTIAMARIL** Le.....Lot N°.....

Rappel Le.....Lot N°.....

## LES VACCINS FORTEMENT RECOMMANDES

### VACCIN CONTRE L'HEPATITE B

1<sup>ère</sup> dose Le.....Lot N°..... 2<sup>ème</sup>

dose Le.....Lot N°..... 3<sup>ème</sup> rappel

Le.....Lot N°..... 1<sup>er</sup> rappel

Le.....Lot N°.....

### ROUGEOLE-OREILLON-RUBEOLE (ROR, avant l'âge de 10 ans) 1<sup>ère</sup> dose

Le.....Lot N°..... 2<sup>ème</sup> rappel

Le.....Lot N°.....

**MENINGITE A HAEMOPHILUS (HIB, de 0 a 5 ans) 1<sup>ère</sup> dose**

Le.....Lot N°.....  
2<sup>ème</sup> dose

Le.....Lot N°.....  
3<sup>ème</sup> dose Le.....Lot

N°..... 1<sup>er</sup> rappel  
Le.....Lot N°.....

**MENINGITE CEREBRO-SPINALE A+C (Zone de savane) 1<sup>ere</sup> dose**

Le.....Lot N°.....  
2<sup>ème</sup> dose Le.....Lot

N°.....

**VACCIN ANTI PNEUMOCOCCIQUE**

1<sup>ère</sup> dose Le.....Lot

N°..... 2<sup>ème</sup> dose  
Le.....Lot N°.....

correctement vacciné.

**VACCIN HEPATITE – A**

1<sup>ère</sup> dose Le.....Lot N°.....

2<sup>ème</sup> dose Le..... Lot

N°.....

**LES VACCINATIONS RECOMMANDEES VACCINS CONTRE LES OREILLONS**

1<sup>ère</sup> dose Le.....Lot N°.....

2<sup>ème</sup> dose Le.....Lot N°.....

**VACCIN CONTRE LA FIEVRE TYPHOÏDE 1<sup>ère</sup> dose**

Le.....Lot N°.....

2<sup>ème</sup> dose Le.....Lot N°.....

**VACCIN ANTIGRIPPAL**

1<sup>ère</sup> dose Le.....Lot N°.....

2<sup>ème</sup> dose Le.....Lot N°.....

Signature et cachet du Médecin

Atteste  
que cet  
enfant est