

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

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

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

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

- Orthopédique

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

# CERTIFICAT DE VACCINATION

Fait à.....le.....

(Préciser au crayon les prochains vaccins à faire)

Je soussigné (e) .....

Certifie que l'enfant.....

Né (e) le ..... Lieu de naissance.....

En classe de.....

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°.....

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

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

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

Rappel Le.....Lot N°.....

## LES VACCINS FORTEMENTS 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>ère</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°.....

**VACCIN HEPATITE – A**

1<sup>ère</sup> dose Le.....Lot

N°.....

2<sup>ème</sup> dose Le..... Lot

N°.....

**LES VACCINATIONS RECOMMANDEES**

Atteste que cet enfant est correctement vacciné.

Signature et cachet du Médecin

**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°.....