

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

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 / 0713333331

✉ 25 BP 1730 Abidjan 25 E-mail: infos@graindesoleil.org Site web : www.graindesoleil.ci

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.....

A reçu :

LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES SUIVANTES

Vaccin BCG: Le..... Lot N°.....

Vaccin DT COQ HIB + HB:

1^{ère} dose Le..... Lot N°.....

2^{ème} dose Le..... Lot N°.....

3^{ème} dose Le..... Lot N°.....

1^{er} rappel Le..... Lot N°.....

2^{ème} rappel Le..... Lot N°.....

3^{ème} rappel Le..... Lot N°.....

VACCIN ANTIPOLIOMYELITIQUE

1^{ère} dose Le..... Lot N°.....

2^{ème} dose Le..... Lot N°.....

3^{ème} dose Le..... Lot N°.....

1^{er} rappel Le..... Lot N°.....

2^{ème} rappel Le..... Lot N°.....

VACCIN ANTIROUGEOLÉUX Le..... Lot N°.....

VACCIN ANTIAMARIL Le..... Lot N°.....

Rappel Le..... Lot N°.....

LES VACCINS FORTEMENT RECOMMANDÉS

VACCIN CONTRE L'HEPATITE B

1^{ère} dose Le..... Lot N°..... 2^{ème}

dose Le..... Lot N°..... 3^{ème} rappel

Le..... Lot N°.....

1^{er} rappel Le..... Lot N°.....

ROUGEOLE-OREILLON-RUBEOLE (ROR, avant l'âge de 10 ans)

1^{ère} dose Le..... Lot N°..... 2^{ème} rappel

Le..... Lot N°.....

MENINGITE A HAEMOPHILUS (HIB, de 0 à 5 ans)

1^{ère} dose Le..... Lot N°..... 2^{ème} dose

Le..... Lot N°..... 3^{ème} dose

Le..... Lot N°..... 1^{er} rappel

Le..... Lot N°.....

MENINGITE CEREBRO-SPINALE A+C (Zone de savane)

1^{ère} dose Le..... Lot N°.....

2^{ème} dose Le..... Lot N°.....

VACCIN ANTI PNEUMOCOCCIQUE

1^{ère} dose Le..... Lot N°.....

2^{ème} dose Le..... Lot N°.....

VACCIN HEPATITE - A

1^{ère} dose Le..... Lot
N°.....
2^{ème} dose Le..... Lot
N°.....

LES VACCINATIONS RECOMMANDÉES

Atteste que cet enfant est correctement vacciné.

Signature et cachet du Médecin

VACCINS CONTRE LES OREILLONS

1^{ère} dose Le..... Lot N°.....
2^{ème} dose Le..... Lot N°.....

VACCIN CONTRE LA FIEVRE TYPHOÏDE 1^{ère} dose

Le..... Lot N°.....
2^{ème} dose Le..... Lot N°.....

VACCIN ANTIGRIPPAL

1^{ère} dose Le..... Lot N°.....
2^{ème} dose Le..... Lot N°.....