

Année scolaire : 2022-2023

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE À REMPLIR
 À l'attention du médecin ou de l'infirmier(e) de l'école
 À remplir par toutes les familles à chaque début d'année scolaire *

Nom : _____

Prénoms : _____

Classe : _____



Je soussigné, (Nom, prénom du responsable légal)

 certifie l'exactitude des informations suivantes pour l'élève concerné par cette fiche et que l'élève n'a pas d'inaptitude médicale connue pour suivre la formation correspondant à son inscription.
 Tout changement intervenant en cours de l'année scolaire doit être signalé par écrit au responsable de l'infirmerie du Collège.

Présente une allergie connue. Si oui, laquelle ? oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Présente une pathologie chronique. Si oui, laquelle ? oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
--	---

A un traitement en cours. Si oui, lequel ? oui non

Préciser toute condition médicale dont souffre l'élève (allergie, asthme, diabète, autre) *Please list any medical conditions of the learner (allergy, diabete, asthma, other)*

.....

Vaccinations (Joindre les photocopies du carnet de vaccination)	
Fièvre jaune* - Date de vaccination :	BCG* - Date de vaccination :
Typhoïde* - Date de vaccination :	Rougeole* - Date de vaccination :
Méningite* - Date de vaccination :	Diphtérie* - Date de vaccination :

*Vaccinations obligatoires.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
 (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins (fièvre jaune, typhoïde).
I hereby certify that my child's vaccination record is up-to-date (yellow fever, typhoïde).

Nom, date et signature | *Name, date and signature*

.....

Autorisation de soins médicaux / Authorization of medical attention

J'autorise la direction de Enko Education à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures nécessaires à l'égard de mon enfant (prescription de médicaments génériques, soins, hospitalisation, intervention).

Je confirme avoir informé l'établissement Enko de toute condition médicale concernant mon enfant.

I authorize the Enko Education direction, in case of an emergency, to take any necessary action regarding my child (medical care, hospitalisation, surgical intervention). I confirm having informed the Enko school of my child's medical condition.

Nom, date et signature / *Name, date and signature*

.....

À le :

Nom, prénom et signature du représentant légal :

