

**Année scolaire : 2020-2021**

**FICHE MEDICALE 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 : \_\_\_\_\_

Photographie  
récente

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'infirmierie 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 <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ..... .....	

**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 :
<b>*Vaccinations obligatoires.</b>			

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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_