Groupe Scolaire l'Ardoise
Cocody Riviera III (près du Bon Pasteur et du centre de Fitness Equinox)
Garderie – Maternelle – Primaire – Secondaire
TEL : 27 22 47 07 39 / 01 01 60 98 90 06 BP 2399 Abidjan 06
www.ecole-lardoise.com / ecolelardoise@gmail.com

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Nous vous prions de bien vouloir renseigner cette fiche et la transmettre à l'inscription ou à la réinscription de l'élève. Nous tenons par ailleurs à vous rassurer que les informations données sont confidentielles.

IDENTITE DE L'ELEVE

NOM :_____ Prénoms_____ Classe : _____

Né(e) le : _____ / _____ / _____ à :_____ Nationalité : _____

Sexe : Garçon ☐ Fille ☐

Groupe sanguin :_____ (joindre la photocopie de la carte)

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX

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

Diabète ☐ Problèmes pulmonaires ☐

Hypertension ☐ Problèmes Cardiaques ☐

Drépanocytose ☐ **Autres, précisez :** _____

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? ☐ Oui ☐ Non

Lesquelles et en quelle année ? _____

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

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
☐ Varicelle	……..	☐ Hépatite	……..	☐ Perte de connaissance	……..
☐ Rougeole	…….	☐ Diabète	……..	☐ Convulsions	…….
☐ Rubéole	…….	☐ Asthme	……..	☐ Epilepsie	…….
☐ Méningite	…….	☐ Crise de tétanie	……..	☐ Saignement du nez	…….
☐ Coqueluche	…….	☐ Poliomyélite	……..	☐ Verrues plantaires	…….
☐ Oreillons	…….	☐ Drépanocytose	……..	☐ Paludisme	……

ALLERGIES

- Votre enfant est-il allergique :
- A des médicaments, lesquels ?_____
- A Des aliments, lesquels ?_____
- Autres (insectes, poussière, gazon, gaz d'échappement…) _____

Précisez : comment se manifeste cette allergie ?

(Boutons, toux, enflure, plaque, urticaire…) _____

TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L'ELEVE

Votre enfant est-il actuellement sous traitement médical ?

Oui ☐ préciser lequel :_____ Non ☐

PROBLEMES OU ÉVÈNEMENTS PARTICULIERS

Votre enfant a-t-il eu des difficultés dans la petite enfance ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, indiquez lesquelles (marche, langage, traumatisme psychologique…)

_____

L'enfant a-t-il été confronté récemment à un évènement ou à un problème particulier (naissance, décès d'un proche, divorce, rapatriement, problème de santé…)

_____

Votre enfant souffre-t-il de trouble de type « dys »

Dyslexie : trouble lié à la lecture	oui ☐	non ☐
Dysorthographie : difficultés à maitriser les règles orthographiques	oui ☐	non ☐
Dyscalculie : difficultés à acquérir et à maitriser les différentes connaissances en Maths	oui ☐	non ☐
Dysphasie : trouble lié au langage	oui ☐	non ☐
Dyspraxie : difficultés à effectuer des mouvements coordonnés	oui ☐	non ☐
Dysgraphie : difficultés à accomplir les gestes particulier de l'écriture	oui ☐	non ☐
Daltonisme : anomalie de la vue, confusion des couleurs	oui ☐	non ☐

ÉLÈVE A BESOIN EDUCATIF PARTICULIER

Je soussigné (e)_____Responsable légal de l'enfant

Nom et prénom :_____Classe de :_____

Demande un suivi particulier pour mon enfant_____

_____

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (NUMEROS DE DEUX PERSONNES FACILEMENT JOIGNABLES)

Nom : _____	Nom : _____
Prénoms : _____	Prénoms : _____
Lien avec l'élève : _____	Lien avec l'élève : _____
Numéro de téléphone: _____	Numéro de téléphone: _____

Nom et prénom du médecin traitant :_____

Téléphone:_____

Dans quel établissement sanitaire souhaiteriez-vous que soit transporté votre enfant (de préférence un établissement proche de l'école) :
_____

Signature du père signature de la mère signature du tuteur légal