



École des Sœurs de la Croix
Jall Eddib/Bkennaya – Liban
Tel.: 04-710611 - P.O. Box: 60-106
Courriel: info@valperejacques.edu.lb
Website: www.valperejacques.edu.lb
Facebook: vpjSchool

مدرسة راهبات الصليب

بقتايا – بياقوت
لبنان

تلفون : ٠٤-٧١٠٦١١

FICHE MÉDICALE

Année scolaire _____ / _____

**Cette fiche doit être remplie par le médecin traitant de l'enfant,
pédiatre ou médecin de famille.**

Nom et prénom : _____ Nom du père : _____
Date de naissance : _____ Nom de la mère : _____
Groupe sanguin : _____ Classe : _____

1. Antécédents médicaux : Oui Non

Si Oui, précisez le genre de maladie et le traitement :

2. Antécédents chirurgicaux : Oui Non

Si Oui, précisez le genre et la date de la chirurgie :

3. Est-ce que l'enfant présente une allergie ? si oui préciser le genre et le traitement SVP.

Allergie connue	Préciser l'allergène	Traitement
Médicamenteuse		
Alimentaire		
Piqûre d'insecte		
Autres		

4. Aptitude au sport :

- Apte
 Inapte temporairement : svp préciser la raison et la durée
 Précautions à prendre en cas d'handicape ou impotence :

5. *Veillez remplir le tableau suivant de vaccination et / ou vous pouvez aussi une photocopie des vaccins que l'enfant à reçu.*

VACCIN	1ère Dose	2ème Dose	3ème Dose	1er Rappel	2ème Rappel	3ème Rappel
<i>DTP</i>						
<i>Polio</i>						
<i>Hib</i>						
<i>dT</i>						
<i>R.O.R.</i>						
<i>Varicelle</i>						
<i>Hep B</i>						
<i>Hep A</i>						
<i>Pneumocoque</i>						
<i>Méningocoque</i>						
<i>HPV</i>						
<i>BCG</i>						
<i>Covid 19</i>						
<i>Autres</i>						

6. *Date du dernier test IDR :* _____ *Résultat :* _____

7. *Préciser la personne à contacter en cas d'urgence :*

Parent 1 : _____ *TEL :* _____

Parent 2 : _____ *TEL :* _____

Parenté ou autre : _____ *TEL :* _____

8. *Nom du médecin traitant et coordonnées :*

Nom : _____

TEL : _____

Hôpital de référence : _____

Signature et cachet : _____

Merci pour votre coopération.