

COLLÈGE PRIVÉ MUSULMAN SAKINA

FICHE MÉDICALE OFFICIELLE

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE:

Nom et Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____

Classe: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX:

Allergies connues: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser: _____

Maladies chroniques: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser: _____

Traitements en cours: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser: _____

Handicaps ou difficultés particulières: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser: _____

VACCINATIONS:

Vaccinations à jour: ☐ Oui ☐ Non

DTC-Polio: ☐ ☐ jour ☐ Rappel nécessaire

BCG: ☐ Fait ☐ Non fait

ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole): ☐ Fait ☐ Non fait

Hépatite B: ☐ Fait ☐ Non fait

EXAMEN CLINIQUE:

Poids: _____ kg

Taille: _____ cm

Vision: ☐ Normale ☐ Anomalie détectée

Audition: ☐ Normale ☐ Anomalie détectée

Dentition: ☐ Normale ☐ Soins nécessaires

État général: ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Nécessite surveillance

APTITUDE À LA SCOLARITÉ :

L'élève est: ☐ Apte à suivre une scolarité normale