



FICHE MEDICALE
SCOLAIRE N°:

a	a	m	m	j	j
السنة		الشهر		اليوم	

بطاقة طبية مدرسية
رقم :

Nom	اللقب
Prénom	الاسم
Sexe	الجنس
Date et lieu de naissance	تاريخ ومكان الولادة
Nationalité	الجنسية
Nom et Prénom du père	اسم ولقب الأب
Nom et Prénom de la mère	اسم ولقب الأم
Tuteur	الولي
Adresse	العنوان
Téléphone tuteur	هاتف الولي
E-mail tuteur	البريد الإلكتروني للولي

Situation familiale des parents : mariés ☐ divorcés ☐ décédés (mère, père) ☐

تطور الدراسة							EVOLUTION DE LA SCOLARITE
							السنة الدراسية Année scolaire
							القسم Classe
							المدرسة Ecole
							الولاية Gouvernorat
							السنة الدراسية Année scolaire
							القسم Classe
							المدرسة Ecole
							الولاية Gouvernorat

ANTECEDENTS FAMILIAUX (Médicaux, Chirurgicaux, Appareillage, autres (:

ANTECEDENTS PERSONNELS : Périnataux (prématurité, souffrance néonatale, ictère néonatal...), Médicaux, Chirurgicaux, Troubles du comportement , Déficiences (auditive, visuelle, motrice, mentale, cognitive, autre) , Appareillage, Carte de Handicap, Allergies (à préciser), Autres:

التلقيح					LA VACCINATION
بيان تلقیح ما قبل الدراسة					RELEVÉ DES VACCINATIONS ANTERIEURES
Vaccin	1 ^{ère} Prise الأولى	2 ^{ème} Prise الثانية	3 ^{ème} Prise الثالثة	Rappel التذكير	
BCG					السل
HVB					التهاب الكبد "ب"
PENTA					الخماسي
Polio					الشلل
PCV					المكورات الرئوية
RR					الحصبة والحميراء
DTC					الخنثاق والكزاز والسعال الديكي

التلقيح المدرسية				LES VACCINATIONS SCOLAIRES	
سنة الدراسة	الفاح	Vaccin	التاريخ	رقم الدفعة	N° Lot
السنة الأولى أساسي	HVA	التهاب الكبد 'أ'			
	Polio	الشلل			
السنة الثانية أساسي	dT	الخنثاق والكزاز			
السنة السادسة أساسي	Polio	الشلل			
	dT	الخنثاق والكزاز			
السنة الثالثة ثانوي	Polio	الشلل			
	dT	الخنثاق والكزاز			

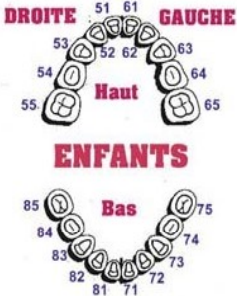
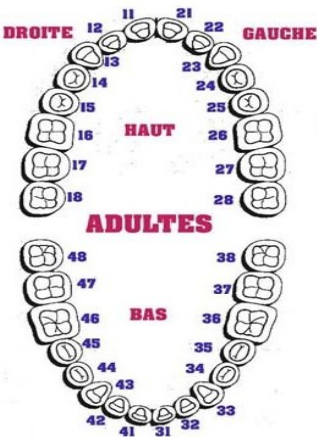
التلقيح الجامعية						LES VACCINATIONS UNIVERSITAIRES	
Vaccin	1 ^{ère} Pris الأولى	2 ^{ème} Prise الثانية	3 ^{ème} Prise الثالثة	التذكير Rappel		التذكير Rappel	
داء الكلب VAR	Prise	J0	J7	J28	J365	5 ans	
	Date						
	Lot						
التهاب الكبد ب HVB	Prise	J0	M1	M6			
	Date						
	Lot						

تلقیح أخرى				AUTRES VACCINATIONS	
Vaccin					
Date					
Lot					

متابعة صحة الفم والأسنان
SUIVI DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

عند كل فحص طبي دوري من الضروري متابعة صحة الفم والأسنان :
•تعمير خانة جديدة
•تسجيل تاريخ الفحص الطبي
•توضيح الأرقام مع التشخيص حسب المفتاح التالي :

Absente	Cariée	Obtérée	Etat de Racine	Couronne	Autre Malocclusion
A	C	O	R	N	M



تاريخ الفحص :	
رقم السن	التشخيص

تاريخ الفحص :	
رقم السن	التشخيص

تاريخ الفحص :	
رقم السن	التشخيص

تاريخ الفحص:	
رقم السن	التشخيص

تاريخ الفحص:	
رقم السن	التشخيص

تاريخ الفحص :	
رقم السن	التشخيص

[illegible]