

**LYCEE DESCARTES – Rabat**

Année scolaire 20..../20....

Classe : .....

**FICHE INFIRMERIE**

Nom de l'élève : .....

Prénom : .....

Né (e) le : .....

à : .....

Nationalité : .....

N° de Téléphone (Domicile) : .....

Nom et prénom du père : .....

GSM : .....

Profession : .....

N° de Tél pro : .....

Nom et prénom de la mère : .....

GSM : .....

Profession : .....

N° de Tél.pro : .....

Établissement fréquenté l'année précédente :

.....

Classe : .....

Noms des personnes, en dehors des parents, qui pourraient prendre en charge votre enfant :

Nom : .....

Tel : .....

Nom : .....

Tel : .....

**SANTE de l'élève**

**Les parents dont l'enfant présente une affection particulière doivent en informer le service de santé de l'établissement :**

- Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux:  
.....
- Allergie(s) :  
.....  
Asthme : Oui / Non
- Maladie(s) :  
.....

Votre enfant est-il atteint d'un trouble du langage, écrit ou autres : Oui / Non

Si oui, lequel (à entourer) :

Dyslexie – Dysorthographe – Dyscalculie – Dysgraphie – Dyspraxie – Dysphasie –

Troubles de l'attention – Autres : .....

Votre enfant est-il suivi actuellement par un spécialiste :

**Merci de vous rapprocher des infirmières pour communiquer des informations si nécessaire.**

**VACCINS :**

Fournir la photocopie du carnet de vaccinations avec la date du BCG et du DTPolio datant de moins de 5 ans (jusqu'à l'âge de 12 ans).

**Précisez un établissement de soins à RABAT**, afin que votre enfant soit transporté **EN CAS d'ACCIDENT GRAVE**, par le SAMU (Service d'Urgence conventionné par les établissements de l'AEFE). Les premiers soins seront assurés par le service de santé scolaire.

Établissement : .....

**EN L'ABSENCE DE TOUTE INDICATION DE VOTRE PART, VOTRE ENFANT SERA CONDUIT AU SERVICE DES URGENCES DE L'HÔPITAL AVICENNE.**

Signature du père

Signature de la mère