



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICALE 2021-2022

Table with 2 columns and 8 rows for personal and family information: Nom de l'élève, Prénom, Sexe, Nom et prénom du père, Nom et prénom de la mère, Adresse précise du domicile, Tél fixe domicile, Date de naissance, Lieu de naissance, Nationalité, Profession, Tél portable du père, Tél portable de la mère.

En cas d'urgence, personne à contacter autre que le responsable légal (préciser le(s) nom(s) et le(s) numéros de téléphone de cette (ces) personnes).

.....
.....

Antécédents médicaux

Poids :Taille :

Y-a-t-il des problèmes médicaux dans la famille ?

- Diabète
• Hypertension
• Problèmes cardiaques
• Autres ? Lesquelles ?

.....

L'élève a-t-il rencontré des difficultés dans la première enfance (marche, langage, traumatisme, accident) ?

.....
.....

A-t-il souvent des crises de paludisme ?.....

A-t-il des difficultés particulières actuellement (maladie chronique, trouble psychologique) ?

.....
.....

Prend-t-il régulièrement un traitement médical ? Si oui joindre une copie des ordonnances.

.....



Avez-vous recours à la médecine traditionnelle ? Pour quelle pathologie ?

.....

L'élève a-t-il déjà subi une ou plusieurs interventions chirurgicales et en quelle année ?

.....

.....

A-t-il eu les maladies suivantes ? Si oui, merci de préciser l'année.

- Varicelle.....
- Rubéole.....
- Oreillons
- Méningite

Est-t-il allergique à :

Certains médicaments, lesquels ?.....

Certains aliments, lesquels ?.....

Autres (insectes, poussières...)?.....

La vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, les hépatites A et B , la varicelle, les infections papillomavirus humains n'est pas obligatoire, mais recommandée. Si ces vaccins ont été faits, merci de le préciser : *N.B. N'oubliez pas de nous remettre une copie du carnet de vaccination.*

.....

.....

Nom et prénom du médecin traitant (généraliste ou pédiatre) que l'élève consulte habituellement :

.....

Adresse professionnelle de ce médecin :.....

Téléphone professionnel/personnel de ce médecin :.....

Etablissement de soins souhaité :

Fait à Bamako, le

20.....

Signature des parents ou du responsable légal