



Collège Notre Dame de Nazareth

Beyrouth-B.P. 165108
Tél. (01) 327150 – (01) 200970
Fax. (01) 200971

Circ4/CE/3
Année scolaire 2016 – 2017

Circulaire

La fiche médicale confidentielle (formulaire C)

Chers parents,

En vue de garder le département médical du Collège au courant de l'état médical de vos enfants,

Le Collège a mis à votre disposition sur son site web un exemplaire de la fiche en question ainsi que les formulaires A et B.

Vous êtes priés de vous référer au site web et de remplir la fiche susmentionnée pour chacun de vos enfants inscrit au Collège, comme suit :

- (1) Les élèves qui ont déjà présenté cette fiche l'année 2015/2016 auront à remplir et seulement les données concernant les modifications de l'état médical ou chirurgical qui ont eu lieu après la date de sa remise au Collège.
- (2) Les nouveaux élèves et ceux qui n'ont pas présenté ce document l'année 2015/2016 auront à le remplir en entier.

La fiche médicale confidentielle sera dûment remplie et signée par le médecin traitant et les parents et remise au Collège au plus tard le 15 Octobre 2016.

De même prière de fournir et attacher à la fiche médicale confidentielle tous les documents cités à la fin de la fiche et selon les indications précisées.

Merci pour votre collaboration.

Sr Magida FHEILI

Chef d'établissement/Directrice





Collège Notre Dame de Nazareth

Beyrouth-B.P. 165108
Tél. (01) 327150 – (01) 200970
Fax. (01) 200971

Service Médical

Fiche médicale confidentielle / Formulaire C

Année scolaire :...../.....

(Remplie par les parents et le médecin traitant)

Nom et Prénom de l'élève :

Classe :

Date de naissance :

Adresse et Tél :

Nom et Tél du médecin traitant :

Nom et coordonnées de la personne à appeler en cas d'urgence :

.....

Histoire familiale :

Maladie chronique dans la famille :

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Histoire médicale personnelle :

Votre enfant :

- 1- a-t-il fait la varicelle ? OUI si OUI (date à préciser):
- NON

2- présente-t-il ?

- Asthme Diabète Epilepsie Hypertension artérielle Obésité
- Maladies des articulations:
- Maladies cardiaques:
- Problème de la colonne vertébrale:

- Maladies cutanées: -----
- Maladies pulmonaires: -----
- Problème d'ouïe: -----
- Problème de vision: -----
- Autres: -----

3- a-t-il subi des interventions chirurgicales ? (à préciser)

4- prend-t-il un traitement chronique ? Si oui, veuillez indiquer lequel et *attacher le rapport médical correspondant.*

- Non
- Oui: -----

. Si le cas nécessite la poursuite d'un traitement à l'établissement, veuillez remplir le **Formulaire A.**

5- a-t-il des problèmes d'allergie ou une contre indication médicamenteuse? (À préciser)

Aptitude à l'activité sportive :

- Apte
- Inapte

Si inapte fournir un certificat médical du médecin traitant selon le **Formulaire B.**



Document médical à fournir avec ce Formulaire C :

*Veuillez attacher une photocopie des pages du carnet de santé concernant: **les vaccins** et les **tests tuberculiques** effectués. Les vaccinations seront requises selon le calendrier national pour les vaccins obligatoires de même contre la varicelle. Les tests tuberculiques doivent être effectués selon les normes inscrites dans le carnet de santé national. La direction de l'établissement se réserve le droit de prendre les mesures nécessaires vis-à-vis des élèves dont la vaccination ou les tests tuberculiques ne sont pas à jour.*

Beyrouth le, .../.../2016

Signature des parents

Nom et Signature du médecin traitant.....