



Collège Notre Dame de Nazareth

Beyrouth-B.P. 165108

Tél. (01) 327150 – (01) 200970

Fax. (01) 200971

مدرسة سيدة الناصرة

بيروت - ص.ب. ١٦٥١٠٨

تلفون ٢٠٠٩٧٠ (٠١) - ٣٢٧١٥٠ (٠١)

فاكس ٢٠٠٩٧١ (٠١)

Circ3/CE/2

Beyrouth, septembre 2018

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 présentés cette fiche les années précédentes auront à remplir 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 encore présentés ce document les années précédentes 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 **31 octobre de l'année en cours**.

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

مدرسة سيدة الناصرة

بيروت - ص.ب ١٦٥١٠٨

تلفون ٢٠٠٩٧٠ (٠١) - ٣٢٧١٥٠ (٠١)

فاكس ٢٠٠٩٧١ (٠١)

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 Tel :

Nom et Tel du médecin traitant :

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

Histoire familiale :

Maladie chronique dans la famille :

0 0

0 0

0 0



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:-----

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

Prend-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.**

A-t-il des problèmes d'allergie ou **une contre-indication médicamenteuse?** (à préciser)



Aptitude à l'activité sportive:

0 Apte

0 Inapte

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

Document médical à fournir avec ce Formulaire C:

Veillez 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 réservera 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, .../.../...

Signature des parents
.....

Nom et Signature du médecin traitant.....





Collège Notre Dame de Nazareth
Beyrouth-B.P. 165108
Tél. (01) 327150 – (01) 200970
Fax. (01) 200971

Service Médical
(Formulaire A)

Poursuite d'un traitement à l'établissement.

Nom et Prénom de l'élève :

Diagnostic :

Nom du médicament :

Dose :Heure :

Date et signature du médecin :



Collège Notre Dame de Nazareth
Beyrouth-B.P. 165108
Tél. (01) 327150 – (01) 200970
Fax. (01) 200971

Service Médical
(Formulaire B)

Certificat médical de dispense des activités sportives.

Nom et Prénom de l'élève :

Cause de la dispense :

Durée de la dispense :

Activités sportives permises (si positives prière de les préciser) :

Date et signature du médecin :

