

FICHE DE SANTÉ

Fait à Marrakech le...../...../.....

1) IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM : CLASSE :
 Date de naissance :/...../..... Sexe : M F
 Groupe sanguin : Votre enfant est : Droitier Gaucher



2) VACCINATION

Veillez nous remettre une copie du carnet de santé si vous ne l'avez pas remis à l'inscription.
 Si besoin, merci de nous indiquer toutes informations complémentaires en lien avec la vaccination de votre enfant :

3) ANTECEDENTS MEDICAUX

Maladies	Année	Maladies	Année	Maladies	Année
Coqueluche		Hépatite A		Perte de connaissance	
Rougeole		Hépatite B		Convulsions	
Rubéole		Hépatite Autre		Epilepsies	
Varicelle		Asthme		Saignements de nez fréquents	
Méningite		Diabète		Problème cardiaque	
Oreillons		Drépanocytose		Autres:	
Poliomyélite		Crise de tétanie			

Votre enfant a-t-il été opéré ? Non Oui Si oui, de quoi(+date) :

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?

- Troubles d'apprentissage :
 -Dyslexie
 -Troubles de l'attention
 -Autres :
- Déficience auditive
 Défaut de vision, lequel.....
 Autres difficultés (à préciser) :
- Rien à signaler

Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un suivi :

- Psychomoteur Orthopédique Autre à préciser Rien à signaler

Votre enfant est-il allergique à

- Des médicaments, lesquels :
 Des aliments, lesquels :
 Autre (à préciser.) Rien à signaler

Comment se manifeste cette allergie ?

Votre enfant présente-t-il une tendance aux (cochez, éventuellement complétez)

- Infections respiratoires (trachéites, bronchites, angines)
 Troubles digestifs (constipation, diarrhées)
 Troubles du sommeil (cauchemars, somnambulisme)

4) TRAITEMENT MEDICAL ACTUEL

Votre enfant suit-il régulièrement un traitement ? Non Oui oui, lequel

Y a-t-il des précautions particulières à prendre lors du cours d'éducation physique ?

- Non Oui Si oui, lesquelles ?

Ecole LA SAADIA

Lotissement La Saadia, Quartier Guéliz, 40000 Marrakech /
 Tél : 0524 446 824 / Tél : 0524 423 858 / Tél : 0524 433 178 / <https://www.lasaadia.ma/>