



Classe: \_\_\_\_\_

### Informations générales

Nom de l'élève: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Poids: \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant en cas d'urgence:

Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

J'autorise le Lycée à transporter l'élève à l'hôpital en ambulance contractée par le lycée.

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Médecin ou pédiatre: \_\_\_\_\_

Tél. du cabinet: \_\_\_\_\_

Tél. portable: \_\_\_\_\_

Mentionnez les médicaments autorisés à donner à l'enfant :

---

---

---

---

### Informations médicales

#### Activité sportive

Pratique-t-il un sport? \_\_\_\_\_

Lequel? \_\_\_\_\_

Depuis quand? \_\_\_\_\_

Luxations: \_\_\_\_\_

Fracture: \_\_\_\_\_

Actuellement, prend-il un médicament? \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

#### Organes sensoriels

A-t-il des problèmes de vue? \_\_\_\_\_

Doit-il utiliser des lunettes? \_\_\_\_\_

Doit-il les retirer à la sortie du cours? \_\_\_\_\_

Lui arrive-t-il de saigner du nez? \_\_\_\_\_

A-t-il des problèmes d'audition? \_\_\_\_\_

Antécédents d'otites (inflammation de l'oreille) \_\_\_\_\_

#### Système nerveux central

Souffre-t-il de maux de tête fréquents? \_\_\_\_\_

Si oui, noter les médicaments qu'il prend:

Utilise-t-il un médicament contre la douleur? \_\_\_\_\_

Est-il inquiet (hyperactif, hyperkinétique)? \_\_\_\_\_

Dort-il bien? \_\_\_\_\_

A-t-il déjà souffert de convulsions? \_\_\_\_\_

#### Appareil cardio-pulmonaire

A-t-il des problèmes pour respirer? \_\_\_\_\_

Œdème (enflure): \_\_\_\_\_

Palpitations: \_\_\_\_\_

Douleur au torse due à un effort physique? \_\_\_\_\_  
A-t-il souffert de problèmes cardiaques? \_\_\_\_\_  
A-t-il de la toux fréquemment? \_\_\_\_\_

Nausées: \_\_\_\_\_ Évanouissement: \_\_\_\_\_  
Perte de connaissance: \_\_\_\_\_

Asthme: \_\_\_\_\_

*Appareil digestif*

Souffre-t-il de reflux? \_\_\_\_\_  
Douleur abdominale? \_\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_  
Problèmes de diarrhée ou de constipation ? \_\_\_\_\_  
Y a-t-il un aliment qu'il ne doit pas manger ou auquel il est allergique? \_\_\_\_\_ Motif: \_\_\_\_\_  
A-t-il souffert d'éruptions cutanées \_\_\_\_\_  
De quelle maladie de l'enfance a-t-il souffert ? (varicelle, rougeole, paratyphoïde, etc.): \_\_\_\_\_

Son schéma de vaccination est-il complet ? \_\_\_\_\_ (Envoyer une copie du carnet SVP)  
Se fait-il des bleus facilement ? \_\_\_\_\_  
Saigne-t-il longtemps lorsqu'il se blesse ? \_\_\_\_\_

Antécédents de chirurgie? \_\_\_\_\_ Lesquels?: \_\_\_\_\_  
Tendance à l'évanouissement? \_\_\_\_\_  
A-t-il été hospitalisé? \_\_\_\_\_ Motif: \_\_\_\_\_  
Maladies importantes dont il a souffert: \_\_\_\_\_  
Maladies chroniques: \_\_\_\_\_

Indiquez s'il a eu une réaction indésirable avec l'un des médicaments suivants :

Aspirine: \_\_\_\_\_ Iode: \_\_\_\_\_ Dipyronne: \_\_\_\_\_  
Acetaminophen: \_\_\_\_\_ Ibuprofène: \_\_\_\_\_ Antihistaminiques: \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Préférez-vous utiliser des médicaments homéopathiques comme traitement pour votre enfant ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà été piqué ou mordu par un insecte ou animal vénéneux ?

Abeille: \_\_\_\_\_ Araignée: \_\_\_\_\_ Scorpion: \_\_\_\_\_ Autres: \_\_\_\_\_

Spécifiez s'il a eu une réaction sévère:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Partie réservée exclusivement au cabinet médical du Lycée:

Observations :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin: Dr. Karla Georgina Correa Rodríguez.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du parent ou tuteur