



Informations générales

Classe: _____



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

Groupe sanguin : _____

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? _____

Utilise-t-il un médicament contre la douleur? _____

Est-il inquiet (hyperactif, hyperkinétique)? _____

Dort-il bien? _____

A-t-il déjà souffert de convulsions? _____

Si oui, noter les médicaments qu'il prend:

Appareil cardio-pulmonaire

A-t-il des problèmes pour respirer? _____
Palpitations: _____ Nausées: _____ Évanouissement: _____
Œdème (enflure): _____ Perte de connaissance: _____
Douleur au torse due à un effort physique? _____
A-t-il souffert de problèmes cardiaques? _____
A-t-il de la toux fréquemment? _____ 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 à un médicament en particulier:

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