



**DOSSIER MEDICAL**  
**Strictement confidentiel**

Afin que nous puissions suivre efficacement la santé de votre enfant et vous contacter **en cas d'urgence**, veuillez remplir le questionnaire suivant :

NOM de l'élève : Prénom de l'élève :

Date de naissance :

N° de tel domicile :

N° de portable du père :

N° de portable de la mère :

Courrier électronique père :

Courrier électronique mère :

**Personne autre que les parents à contacter en cas d'urgence :**

Nom et prénom :

N° de tel :

**AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE**

Je soussigné (e) père, mère (nom, prénom)  
de l'enfant (nom, prénom)  
scolarisé à l'école française internationale de Riyad,

- Autorise
- N'autorise pas

**l'école à prendre toutes décisions concernant des soins d'urgence à donner à mon enfant.**

Fait à Riyad, le

Signature du responsable légal (père et mère ou tuteur) :



**Renseignements médicaux**

**A compléter par les parents ou par votre médecin traitant.**

Vaccins obligatoires	Injections	Vaccins recommandés	Injections
D.T.P Coqueluche (Diphtérie, Tétanos, Polio,HIB, Coqueluche)	1ère inj : 2ème inj : 3ème inj :	R.O.R (Rougeole, oreillons, rubéole)	Le :
	1er rappel : 2ème rappel : 3ème rappel :	Méningocoque C	1ère inj : 2ème inj :
Pneumocoque (obligatoire pour les enfants nées après le 1 janvier 2018)	1ère inj : 2ème inj : 3ème inj :	Hépatite B	Le :  Rappel

**Groupe sanguin et  
certificat :**

**L'enfant suit-il un traitement médical ?**     OUI     NON

**Si oui, lequel ?**

- Maladie, maladie chronique (asthme, épilepsie, asthme, ...) ? Si oui, précisez :
- Interventions chirurgicales ? Si oui, précisez :
- Handicap ? Si oui, précisez :

➤ **A-t-il un problème d'allergie alimentaire ou intolérance (gluten, lactose...) ?**

OUI             NON

**Si oui lesquelles :**

➤ **A-t-il des allergies médicamenteuses (antibiotique, aspirine, ...)**

OUI                     NON

**Si oui lesquelles :**

Dentition (appareil...) :             OUI             NON

O.R.L. ('otite, drain...) :             OUI             NON

Port de lunette :                     OUI             NON

➤ **Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI ou d'un PPS ou d'un PAP ?**

**Si oui précisez (à joindre impérativement au dossier médical) :**

- PAI (d'un projet accueil individualisé) :
- PPS (projet personnalisé de scolarisation)
- PAP (plan d'accompagnement personnalisé)

➤ Informations complémentaires à la prise en charge de votre enfant (sport, AES ...) :



**École Française Internationale**  
de Riyad



**aefe**  
Agence pour  
l'enseignement français  
à l'étranger

**Signaler tout changement de l'état de santé pouvant survenir pendant l'année scolaire.**

Nom du médecin effectuant la visite ou le nom du responsable légal :

Adresse :

Signature :

Date :