



École Française Internationale
de Riyad



aefe
Agence pour
l'enseignement français
à l'étranger

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 :