



RABAT AMERICAN SCHOOL

Questionnaire de santé (mise à jour annuelle)

1 Partie : Identification (à compléter par les parents ou la personne responsable de l'élève) – A imprimer

Nom: _____ Prénom: _____ Grade: _____ Année Scolaire _____

Age: _____ Date de Naissance: ____/____/____ Sexe : Masculin ____ / Féminin ____

Tél. maison: () _____ Tél. du père: () _____ Tél. de la mère: () _____

Email à la maison: _____ Email du père: _____ Email de la mère: _____

Nom des parents ou du responsable (imprimer): _____ Signature _____

Nom du Médecin au Maroc: _____ Numéro de tél: _____

En cas d'urgence vers quel hôpital ou clinique devons-nous diriger votre enfant?

Hôpital: _____ Clinique: _____

Mon enfant est atteint d'un problème médical qui perturbe sa scolarité: _____ Non / _____ Oui (si oui, prière de compléter la partie 2 ci-dessous.)

2 Partie: Prière de remplir ce qui est applicable dans le cas de votre enfant. Les médicaments, nourriture particulière ou équipement nécessaire durant la journée scolaire doivent être apportés par les parents ou le responsable de l'élève. Pour les médicaments, prière de prendre contact avec l'infirmière scolaire afin de compléter les formulaires nécessaires.

____ Allergies

____ Nourriture (liste): _____

____ Piqûre d'abeille ou guêpe _____

____ Autre (liste): _____

Réactions (Marquer SVP):

<input type="checkbox"/>	Toux	<input type="checkbox"/>	Urticaire	<input type="checkbox"/>	Rougeur cutanée
<input type="checkbox"/>	Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	Oedème local	<input type="checkbox"/>	Respiration sifflante
<input type="checkbox"/>	Nausée	<input type="checkbox"/>	Oedème généralisée	<input type="checkbox"/>	Autre:

Traitement devant être utilisé à l'école: _____

____ Asthme

Provoqué: ____ effort ____ Environnement ____ Autre (liste): _____

Restrictions des activités : ____ Non ____ Oui ____ limité Autre: _____

Symptômes (marquer SVP):

<input type="checkbox"/>	Toux	<input type="checkbox"/>	Voix enrouée	<input type="checkbox"/>	Douleur pulmonaire, pression, gêne
<input type="checkbox"/>	Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	Respiration sifflante	<input type="checkbox"/>	Autre:
<input type="checkbox"/>	Irritation de la gorge, gêne				

Médicaments à utiliser à l'école: _____

Date de la dernière hospitalisation pour de l'Asthme: _____

____ Autre problème de Santé

<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	Problème d'évanouissement
<input type="checkbox"/>	Hémophilie	<input type="checkbox"/>	Infirmité physique	<input type="checkbox"/>	Autre:
<input type="checkbox"/>	Diabète				

Restriction particulière: ____ Non / ____ Oui (liste): _____

Médicaments à utiliser à l'école: _____

(3 partie au dos de la feuille)

3 partie: Mettre à jour SVP les vaccinations reçues durant l'année scolaire.

VACCINATION	Date	
Diptherie, Tétanos, Pertussis (DTP, DTaP)		
Tdap RAPPEL		
Poliomyélite		
Hemophilus influenza Type b (Hib Conjugué) (pour les enfants de 5 ans)		
Pneumococcoque (PCV conjugate) (pour les enfants de moins de 2 ans)		
Rougeole, Oreillons, Rubéole, ROR (Obligatoire pour entrer à RAS)		Ou sérologie pour confirmer l'immunité contre la Rougeole Date:
Hepatitis B Vaccin (HBV)		
Hepatitis A Vaccin		
Varicelle Vaccin		Date de la Varicelle Ou sérologie pour confirmer l'immunité contre la Varicelle
BCG et dernière intra dermo réaction IDR		
Autre		

Nom des parents ou Responsable

Signature des parents ou responsable

Adresse (si différente de ci-dessus)

Tél. au travail:

Date