

Classe :

NOM Prénom: Date de naissance :

Médecin traitant :

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

- Varicelle *Chicken pox* Coqueluche *Pertussis* Oreillons *Mumps* Rougeole *Measles*
 Rubéole *Rubella* Scarlatine *Scarlet fever* Hépatite *Hepatitis*
 Autre (préciser) :

Votre enfant est-il sujet aux :

- Angines *Sore throat* Migraines *Migraine* Saignements de nez *Nosebleed*
 Otites *Otitis* Maux de ventre *Stomach pain*
 Autre (préciser) :

Votre enfant est-il :

- Diabétique *Diabetic* Hémophile *Hemophiliac* Spasmophile *Spasmophilia*
 Epileptique *Epileptic* Cardiaque *Heart disease*
 Autres (préciser) :

Est-il allergique *Any allergy* ? OUI NON

- À certains médicaments, lesquels *Medication allergy, which one* ?
- Aux piqûres d'insectes *Insect bites allergy* ?
- À certains aliments, lesquels *Food allergy* ?
- Autres (préciser) :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI, PRI ou PPR ? PAI PRI PPR Aucun protocole

Est-il asthmatique *Asthmatic*? OUI NON

Si oui, bénéficie-t-il d'un PAI? OUI NON

A-t-il eu des fractures *Former fractures* ? OUI NON

Si oui, préciser :

A-t-il d'autres problèmes de santé *Any other health problem* ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

A-t-il subi récemment une intervention chirurgicale *Recent surgery* ? OUI NON

Si oui, laquelle ?

Votre enfant porte-t-il *Is your child wearing* :

- Des lunettes *Glasses*
- Un appareil dentaire *Braces*

- Un appareil auditif *Hearing aid*

Autre(s) information(s) que vous jugez nécessaire(s) pour l'infirmière *Other information our nurse should be informed with* :

.....
.....
.....

Précautions particulières *Special precautions* :

En cas de **FIÈVRE et/ou DOULEURS**, autorisez-vous l'infirmière à administrer du **PARACÉTAMOL**?
*In case of **FEVER and/or PAIN**, do you authorise the nurse to deliver **PARACÉTAMOL** ?*
 OUI NON

Médicaments à l'école *Medicine at school:*

Si l'enfant doit suivre un traitement médicamenteux à l'école, **une ordonnance médicale datée, et visée est obligatoire**. *In case your child should follow a medicated treatment, it is obligatory to provide an official medical prescription with date and doctor's signature.*

Les **médicaments** doivent être remis non entamés à l'Infirmière et **en aucun cas placés dans le cartable**. *Any medicine should be given to the nurse only and unopened, medicine should never be placed in the schoolbag.*

Personnes à contacter en cas d'urgence :

NOM, Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
1		
2		
3		
4		
5		

L'infirmière de l'école doit être contactée au **93 50 69 09** ou par mail : infirmierie_stmaur@monaco.mc.

En cas d'urgence ou d'accident, votre enfant sera transporté au Centre Hospitalier Princesse Grace par les pompiers. *In case of emergency, your child will be transported by the emergency services to the Centre Hospitalier Princesse Grace.*

Monaco, le ___ / ___ / _____

Signature des parents :

--	--