

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](mailto: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 :

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|