

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 :

--	--