

### FICHE MÉDICALE

Nom de famille : ..... Prénom(s): .....  
 Date de naissance ..... Age: .....  
 Nationalité: ..... Classe: .....  
 Poids: ..... Groupe Sanguin: ..... Taille: ..... Acuité visuelle: .....

#### Vaccinations données par le médecin agréé

Vaccin	Date	Date	Doit être mis à jour
Fièvre jaune			
DT Polio			
BCG			
ROR			
Méningite			
Hépatite B			
Typhoïde			
Autres vaccinations			
Test de tuberculose			

#### Antécédents

Allergies (médicament, maladie, autre).....  
 L'histoire médicale pertinente de la mère ou du père:.....  
 Autres problèmes de santé : .....  
 Dr à contacter si nécessaire : ..... Tél: .....

#### Personne à prévenir en cas d'accident

Nom: .....  
 Adresse: .....  
 Téléphone: .....

**NB: Toutes ces informations sont strictement confidentielles**



ECOLE INTERNATIONALE ARC-EN-CIEL  
ARC-EN-CIEL INTERNATIONAL SCHOOL



## Medical Form

Family name: ..... First name: .....  
Date of birth: ..... Age: .....  
Nationality: ..... Class: .....  
Weight: ..... Blood type: ..... Height: ..... Vision: .....

### Vaccinations given by authorised by medical person

Vaccine	Date	Date	Due To be updated
Yellow Fever			
DT Polio			
BCG			
ROR			
Meningitis			
Hepatitis B			
Typhoid			
Other vaccinations			
Tuberculosis test			

### Background

Allergies (medication, sickness, other).....

Relevant medical history of mother or father: .....

Any other health problems: .....

Dr to contact if necessary: ..... Tel: .....

### Person to contact in case of an accident

Name: .....

Address: .....

Telephone: .....

**NB All information is strictly confidential**