



STUDENT INFORMATION – Informations sur l'élève

Family name – Nom de Famille : _____
 First name - Prénom : _____
 Date of birth – Date de naissance : Day - Jour _____ Month - Mois _____ Year - Année _____

VACCINATION / IMMUNIZATIONS - Vaccinations / immunisations

BCG (Tuberculosis) date – Date du BCG (Tuberculose)		Result of last TBC test & date – Résultat du dernier test TBC & date		
Diphtheria/ Tetanus/ Whooping cough / Poliomyelitis <i>Diphthérie / Tétanos / Coqueluche/ Poliomyélite</i>	1 st inj. _____	2 nd inj. _____	3 rd inj. _____	4 th inj. _____
Vaccination Booster <i>Vaccination de Rappel</i>		Booster included : <i>Le rappel incluait :</i>		
Vaccination Booster <i>Vaccination de Rappel</i>		Booster included : <i>Le rappel incluait :</i>		
Vaccination Booster <i>Vaccination de Rappel</i>		Booster included : <i>Le rappel incluait :</i>		
Vaccination Booster <i>Vaccination de Rappel</i>		Booster included : <i>Le rappel incluait :</i>		
Measles / Mumps / Rubella – Rougeole / Oreillons / Rubéole	1 st inj. _____		2 nd inj. _____	
Hepatitis A <i>Hépatite A</i>	1 st inj. _____	2 nd inj. _____	3 rd inj. _____	4 th inj. _____
Hepatitis B <i>Hépatite B</i>	1 st inj. _____	2 nd inj. _____	3 rd inj. _____	4 th inj. _____
Varicella <i>Varicelle</i>		Meningococcal Meningitis -Méningite à méningocoques		
Rabies <i>Rages</i>		Others <i>Autres</i>		

PERSONAL HISTORY – Historique personnel

Childhood diseases <i>Maladies de la petite enfance</i>	<input type="checkbox"/> Chickenpox – Varicelle <input type="checkbox"/> Measles – Rougeole	<input type="checkbox"/> Mumps – Oreillons <input type="checkbox"/> Rubella– Rubéole	
Tuberculosis <i>Tuberculose</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non	Asthma <i>Asthme</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
Rheumatic fever <i>Rhumatisme articulaire aigu</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non	Gastro-intestinal Diseases <i>Maladies Gastro-intestinales</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
Allergies <i>Allergies</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non	Diabetes <i>Diabètes</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
Heart diseases <i>Maladies cardiaques</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non	Ear diseases <i>Maladies de l'oreille</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
Kidney disease <i>Maladies rénales</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non	Recurring headaches <i>Maux de tête récurrents</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
Epilepsy / seizures <i>Epilepsie /</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non	Psychological Problems <i>Problèmes psychologiques</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
Neurological Diseases <i>Maladies neurologiques</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non	Speech problems <i>Problèmes d'élocution</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non



If any of the precedent categories are ticked with yes, please explain the sickness, allergy and/or necessary treatment here – *Si une des cases précédentes a été cochée, prière de fournir des explications complémentaires :*

ADDITIONAL INFORMATION - Informations additionnelles

Does the student need daily medication? <i>L'élève a-t-il besoin médicaments quotidiennement?</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
If yes , he / she receives the following treatment : <i>Si oui, il/elle reçoit le traitement suivant :</i>	
In an emergency the following medication / treatment can be given at the school : - <i>En cas d'urgence, le médicament/ traitement suivant peut être donné à l'école :</i>	
Please have the student bring the medicament to the school, so it is available when needed. / Prière de vous assurer que l'élève apporte son médicament et qu'il le remette à l'école afin qu'il soit disponible en cas de besoin.	
Other illnesses which the school needs to be aware of : / <i>Autres maladies :</i>	
Former hospitalizations : <i>Hospitalisations antérieures :</i>	
Surgeries / operations : <i>Chirurgie / Opérations ;</i>	
Does the student need to follow a special diet? <i>L'élève a-t-il besoin de suivre un régime?</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
If yes, please explain. – <i>Si oui, lequel?</i>	
Does the student wear glasses or contact lenses? <i>L'élève a-t-il besoin de lunettes?</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non
Does the student need a hearing aid? <i>L'élève a-t-il besoin de prothèse auditive?</i>	<input type="checkbox"/> yes/oui <input type="checkbox"/> no/non

DOCTOR DETAILS – Coordonnées du Médecin

Name - Nom : Dr

Address

Tel – Tél

Date of examination – Date de la consultation

Signature Stamp - Cachet

*Please attach further necessary comments on another paper.
Prière de joindre toutes informations complémentaires sur une autre feuille.*