

Ecole du Saint Enfant Jésus  
Besançon Baabdath  
Tel : 04/820002 – 820710  
Fax : 04/821375  
[www.besancon.edu.lb](http://www.besancon.edu.lb)



مدرسة الطفل يسوع  
البيزنسون – بعبدات  
هاتف: ٨٢٠٧١٠ – ٨٢٠٠٠٢/٠٤  
فاكس: ٨٢١٣٧٥/٠٤



**FICHE MEDICALE**  
**Année scolaire ..... (INS1617/Doc4)**

*(A remplir de préférence par le médecin de famille)*

**A- Identité :**

Nom et Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....

Groupe Sanguin : .....  
Classe : .....  
N° de tél : .....  
Cellulaire : .....

**B- Etat Familial :**

Nom et Prénom du père : .....  
Profession : .....

Nom et Prénom de la mère : .....  
Profession : .....

Antécédents familiaux : .....  
.....

**C- Votre enfant est atteint de :** (Ecrire oui ou non)

Asthme :.... Diabète :... Maladie Cardiaque : ... Scoliose, Anomalie orthopédique : ....  
Thalassémie, Hémophilie : ..... Epilepsie : .....

Si oui, précisez le traitement suivi : .....

Et envoyez un rapport détaillé.

**E- Votre enfant a-t-il subi une (des) interventions(s) chirurgicale(s) ? Si oui, précisez avec la date de l'intervention.**

.....  
.....

**F- Allergies :**

Médicamenteuse :.....  
Alimentaire : .....  
Autres :.....

**H- Remarques Spéciales :**

Vue : .....  
Oùïe : .....  
Autres : .....

**I- Aptitude au sport :**

Apte : .....  
Inapte définitivement (raison) : .....  
Inapte temporairement (raison) : .....  
(Durée) :.....  
(Précautions à prendre).....

**J- Remarques sur la personnalité :**

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

**K- Nom du Médecin de famille / Pédiatre :** .....

**Numéro de tél. :**.....

**Personne à contacter en cas d'urgence:**..... **Numéro de tél :** .....

\* L'infirmière reste à la disposition des parents. Si vous avez besoin d'informations supplémentaires, n'hésitez pas à la contacter, tous les jours entre 7h30 et 14h30