

**Lycée français international d'Al Khobar**

P.O. Box 1271- Al Khobar - 31952

Arabie Saoudite

Tél. : (966) 13 8871216

Fax. : (966) 13 8870891

direction.alkhobar.lf@mlfmonde.orgwww.lyceefrançaiskhobar.com**Fiche Médicale
Confidentielle**

Nom et prénom de l'élève		Sexe	M : <input type="radio"/> / F : <input type="radio"/>
Date de Naissance		Classe :	

NUMEROS DE TELEPHONE DES PARENTS	
1- N° du téléphone portable du père :	
2- N° du téléphone portable de la mère :	
3- Autre n° de téléphone :	

Votre enfant présente-il une allergie ? Si oui, précisez :

	OUI	NON	Type d'allergie
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Saisonnaire			
Autres types			

Votre enfant souffre-il d'une pathologie spécifique ? Si oui, précisez :

	OUI	NON	Type de pathologie
Cardiaque			
Pulmonaire			
Métabolique			
Neurologique			
Hématologique			
Articulaire			
Immunitaire			
Autres types			

Votre enfant est-il sujet à des problèmes de santé chroniques ? Si oui, cochez les cases suivantes :

<input type="checkbox"/> Angines	<input type="checkbox"/> Otites	<input type="checkbox"/> Bronchites	<input type="checkbox"/> Saignements de nez
<input type="checkbox"/> autres (préciser) :			

Votre enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ? Si oui, cochez les cases suivantes :

<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Hépatite	<input type="checkbox"/> Pleurésie	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Broncho-pneumonie

Votre enfant a-t-il déjà subi des opérations chirurgicales ? Si oui, lesquelles :

Type	Date

Quel est le groupe sanguin de votre enfant :

Groupe sanguin :	
------------------	--

Votre enfant présente-t-il un problème spécifique que vous souhaitez signaler à l'équipe éducative ? Si oui, précisez :

--

AUTORISATION

Je soussigné(e), M.; Mme _____

Père, Mère, Tuteur/responsable légal

de l'élève :

Nom : _____ Prénom : _____

autorisons l'établissement à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'organisation des soins d'urgence, y compris l'évacuation vers un hôpital.

A Al Khobar, le ____ / ____ / ____

Signature des parents :
