



LYCEE LOUIS MASSIGNON

CONFIDENTIEL

INFORMATIONS MEDICALES POUR L'INFIRMERIE

سري

معلومات طبية لعيادة المدرسة

<p>GROUPE SANGUIN:</p> <p>NOM:</p> <p>PRENOM:</p> <p>DATE DE NAISSANCE:</p> <p>CLASSE: SEXE: F <input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/></p>	<p>فئة الدم:</p> <p>الشهرة:</p> <p>الاسم:</p> <p>تاريخ الميلاد:</p> <p>الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>الصف:</p>
<p>COORDONNEES EN CAS D'URGENCE</p> <p>Portable mère :</p> <p>Portable père:</p> <p>Travail mère:</p> <p>Travail père:</p> <p>Maison:</p> <p>Autres:</p> <p>Nom et téléphone de votre médecin:</p>	<p>تفاصيل الاتصال في حالات الطوارئ</p> <p>خليوي الوالدة:</p> <p>خليوي الوالد:</p> <p>هاتف عمل الوالدة:</p> <p>هاتف عمل الوالد:</p> <p>المنزل:</p> <p>أرقام أخرى:</p> <p>إسم ورقم هاتف طبيب العائلة:</p>
<p>En cas d'urgence l'infirmerie composera le 999 pour un transfert au S.K.M.C. Hospital: êtes-vous d'accord ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>في حالات الطوارئ ستتصل عيادة المدرسة بالـ 999 للنقل إلى مستشفى مدينة الشيخ خليفة الطبية: هل توافق؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>
<p>Votre enfant a-t-il des allergies à certains médicaments, piqûres d'insectes, ou aliments...?</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez spécifier:</p> <p>Votre enfant souffre-t-il d'un problème de santé particulier ? (cardiaque, respiratoire, neurologique, asthme, diabète, épilepsie...)</p> <p>Si oui, veuillez spécifier le traitement :</p>	<p>هل يعاني ولدك أي حساسية من أدوية أو لدغات حشرات أو مأكولات معينة؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:</p> <p>هل يعاني ولدك أي مشاكل صحية؟ (مشاكل في القلب أو جهاز التنفس أو الجهاز العصبي أو الربو أو السكري أو الصرع...)</p> <p>إذا كانت الإجابة نعم يرجى تحديد العلاج:</p>



LYCEE LOUIS MASSIGNON

CONFIDENTIEL

INFORMATIONS MEDICALES POUR L'INFIRMERIE

سري

معلومات طبية لعيادة المدرسة

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier ?

Non Oui Si oui, veuillez préciser :

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

Votre enfant a-t-il subi une chirurgie? Non Oui

Si oui, veuillez spécifier :

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

Votre enfant a-t-il des problèmes visuels, auditifs, orthophoniques, ou autres? Non Oui

Si oui, veuillez spécifier :

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

Votre enfant a-t-il d'autres problèmes? Non Oui

Si oui veuillez spécifier :

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

Veuillez cocher la case si votre enfant a déjà eu les maladies suivantes:

Rougeole Rubéole Oreillons
Varicelle Hépatite Autres

Signature des parents:.....

Date:

Veuillez retourner ce document à l'infirmerie accompagné de la copie des certificats médicaux et carnet de santé à jour.

Merci de votre coopération

هل يتبع ولدك علاجًا معينًا؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:

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

هل خضع ولدك لأي عملية جراحية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:

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

هل يعاني ولدك أي صعوبات في النظر أو السمع أو النطق أو غيرها؟
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:

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

هل يعاني ولدك أي مشاكل أخرى؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:

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

يرجى وضع علامة في المربع المناسب، في حال كان يعاني ولدك أي من الأمراض التالية:

الحصبة الحصبة الألمانية النكاف الحماق التهاب الكبد الوبائي غيرها

توقيع الوالد(ة):

التاريخ:

يرجى إعادة هذا المستند إلى عيادة المدرسة مرفقًا بنسخة عن الشهادات الصحية والدفتر الصحي.

نشكر تعاونكم



LYCEE LOUIS MASSIGNON

CONFIDENTIEL

INFORMATIONS MEDICALES POUR L'INFIRMERIE

سري

معلومات طبية لعيادة المدرسة



aeфе
Agence pour
l'enseignement français
à l'étranger

Infirmierie n° : 026789447



Harley Street
Medical Centre