

Formulaire Médical GWA

Parent/tuteur légal, merci de remplir ce qui suit ...

Nom de famille: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____

Traitement habituel (nom, dosage, posologie): _____

Allergies (médicamenteuses, environnementales or alimentaires; si l'élève a une allergie alimentaire, merci de compléter en plus le "formulaire médical pour les allergies sévères"):

L'élève a-t'il besoin de médicaments présents à l'école? (inhalateur pour l'asthme, epi-pen, etc): _____

*Vaccinations obligatoires:

S'il vous plaît, entrez la date de chaque vaccin administré- JJ/MM/AAAA

Diphtérie / Tétanos / Pertussis / Poliomyélite / Hib (s'ils ont été administrés séparément, merci de fournir toutes les dates à l'infirmerie)

1	2	3	4
---	---	---	---

Rougeole/Oreillons/Rubéole

1	2
---	---

***Ces vaccins sont OBLIGATOIRES avant l'entrée à GWA. Les exemptions médicales doivent être stipulées par écrit par un médecin et les exemptions religieuses doivent être stipulées par écrit par les parents/tuteurs.**

Vaccinations optionnelles:

BCG (Tuberculose)

--

Hépatite A

1	2
---	---

Hépatite B (fortement recommandé)

1	2	3
---	---	---

Grippe (fortement recommandé; spécialement pour les enfants asthmatiques ou souffrant d'une autre maladie chronique)

1	2	3
---	---	---

Méningite méningococcique

1	2
---	---

Pneumocoque Conjugué (fortement recommandé)

1	2	3	4
---	---	---	---

Varicelle (fortement recommandé)

1	2
---	---

Si l'élève a eu la varicelle, diagnostiquée par un médecin, date: _____

Si votre enfant n'a PAS reçu le BCG, nous demandons qu'il passe l'un des examens suivant au cours de la dernière année *précédant sa première entrée à GWA* :

- Test cutané à la tuberculine également appelé PPD
- Test sanguin au Quantiferon
- Radiographie des poumons

**Merci de remettre une copie de l'examen à l'équipe de l'infirmierie de GWA

Je certifie, qu'à ma connaissance, toutes les informations sont vraies et complètes. Je donne mon consentement au personnel médical de GWA de prendre soin de mon fils / fille au meilleur de sa capacité et j'autorise l'échange d'informations médicales avec les professionnels de santé si nécessaire.

Signature du parent/tuteur: _____ Date: _____

A remplir par le médecin de l'étudiant -

Taille (cm):	Pouls:
Poids (kg):	Tension Artérielle:

Examen du corps	Normal	*Anormal/ Non fait	*Anomalies/Recommandations
Cheveux/Cuir chevelu			
Peau			
Yeux/Vision			
Oreilles/Ouïe			
Nez et gorge			
Dents et gencives			
Ganglions lymphatiques			
Cœur/Appareil cardiovasculaire			
Poumons/Appareil respiratoire			
Abdomen			
Génito-urinaire			
Système neuromusculaire			
Extrémités			
Colonne vertébrale (scoliose)			
Autres -			

Conditions médicales connues (y compris celles qui exigent des médicaments, un suivi, une restriction de l'activité ou qui peuvent avoir une incidence sur les performances scolaires): _____

Hospitalisations ou opérations antérieures (renseignez les dates et les diagnostics): _____

En signant et/ou en tamponnant ci-dessous; ***Je confirme que cet enfant est en bonne santé et qu'il est capable de participer aux sports scolaires, à des activités physiques après l'école et à des cours d'éducation physique.***

Nom du docteur (en lettres capitales): _____

Coordonnées (adresse, téléphone): _____

Dépistage de la Tuberculose

La tuberculose est une maladie endémique qui constitue un problème majeur de santé publique au Maroc. L'efficacité à long terme du vaccin BCG contre la tuberculose n'est pas confirmée. Dans un souci de maintenir des normes élevées de santé à GWA, il est demandé à *tous les nouveaux élèves et aux élèves des niveaux 1st, 4th, 7th, 10th* de faire un dépistage de la tuberculose.

Questions pour le dépistage de la tuberculose

L'élève a-t'il une toux persistante > 4 semaines accompagnée d'un de ces symptômes:

- Sueurs nocturnes/ fièvre
- Crachats sanguinolents
- Perte de poids/fatigue
- Contact direct avec une personne tuberculeuse

Si la réponse est OUI à l'un des symptômes ci-dessus ; une radiographie des poumons sera requise par GWA avant que l'élève ne puisse assister aux cours.

Date de la radio des poumons : _____	Résultat : _____	Médecin/Clinique : _____
--------------------------------------	------------------	--------------------------

- Cet élève ne présente aucun des symptômes ci-dessus ou aucun facteur de risque d'une possible infection tuberculeuse active

Signature du médecin: _____

Date de l'examen médical : _____