



Please write in CAPITAL LETTERS – Veuillez remplir le formulaire en LETTRES MAJUSCULES

STUDENT INFORMATION / INFORMATIONS SUR L'ELEVE

Last name – Nom :

First name – Prénom :

Date of birth – Date de naissance :

Level – Classe :

DOCTOR / MEDECIN TRAITANT

Doctor names – Nom du médecin traitant :

Tel number – Tél :

Address – Adresse :

VACCINATION RECORD / ETAT DES VACCINATIONS DE L'ELEVE

COMPULSORY VACCINATIONS VACCINS OBLIGATOIRES	YES OUI	NO NON	VACCINATION DATES DATES VAICINS	OTHER VACCINATIONS AUTRES VACCINATIONS	DATES
BCG					
DIPHTERIE					
ROR / MMR					
MENINGITE / MENINGITIS					
PNEUMOCOQUE / PNEUMOCOCCAL					
VARICELLE / CHICKEN POX					



HEPATITE B					
HEPATITE A					
GRIPPE/ INFLUENZA					
AUTRE / OTHER					

Le tableau ci-dessous énumère les médicaments dont dispose l'infirmerie et qui permettent à votre enfant dans certaines circonstances de poursuivre ses cours. Choisir celui ou ceux que votre enfant peut prendre.

The table below lists the medicines available in the infirmary which allow your child in certain circumstances to continue his lessons. Choose the one (s) your child can take.

**ANTISEPTIQUES
/ ANTISEPTICS**

ALCOOL 70

BETADINE

BIOFREEZ

**POMMADES
/ OINTMENTS**

ARNIGEL (Arnica)

BIAFINE (Trolamine)

FUCIDINE (Ac. fusidique)

HEC (Phenazone, ac.
tannique, Hamamelis)

VASELINE

VOLTARENE Gel
(Diclofenac)

**SIROPS
/ SYRUPS**

BRUFEN (Ibuprofen)

ENTEROGERMINA
ENFANTS

MOTILIUM (Domperidone)

DOLI (Paracetamol)

PROSPAN (Feuille de
lierre)

APIXOL (Propolis,
Echinacée)

**COMPRIMES-SACHETS
/ TABLETS / SACHETS**

BRUFEN 200 (IBUPROFEN)

DICYNONE (Etamsylate)

IMODIUM (Loperamide)

DOLIPRANE 200 (Paracetamol)

DOLIPRANE 300 (Paracetamol)

EUCARBON

MEGASFON 80 (Phloroglucinol)

MOTILIUM (Domperidone)

PANADOL 500 (Paracetamol)

RENNIE (Carbonate de calcium)

SMECTA (Diosmectite)

SPASFON (Phloroglucinol)

STREPSIL MIEL CITRON

RINOMICINE

NODOL200 (Ibuprofen)



MEDICAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Please join to this form the following documents | Merci de joindre à cette fiche les documents suivants :

- » A medical certificate of the current state of health of the child | Un certificat médical de l'état de santé actuel de l'enfant,
- » A recent ENT assessment | Un bilan ORL récent
- » A recent ophthalmological review | Un bilan ophtalmologique récent

NB : Please report any allergies or others including any diet program | Signaler obligatoirement d'éventuelles allergies ou autres y compris un éventuel régime alimentaire :

If you are taking medicine, please enclose the prescription as well as the dosage. | En cas de prise de médicaments, merci de joindre l'ordonnance ainsi que la posologie.

Doctor's signature and stamp | Signature et Cachet
du Docteur

Parents' signature | Signature des parents

