



Ecole Internationale de Sal

Associação colegio do Sal
Murdeira Village – CP 89 – Santa Maria
4111 Ilha do Sal – Cabo Verde
escolainternacionalsal@gmail.com
direcao.eisal@gmail.com
<https://www.eis-capvert.com>
+238 241 50 43

FICHE MEDICALE

ANNÉE 2023/2024

Nom de l'élève : _____

Date de naissance : _____ Classe : _____

Bi / Passeporte : _____ Nationalité : _____

Parent 1 : _____ Téléphone portable: _____

Parent 2 : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone fixe : _____

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence: _____

Téléphone portable: _____

Nom du médecin: _____

Contact(s) : _____

En cas d'urgence, si je ne peux pas être contacté, j'autorise la direction de l'école/le service de santé à envoyer mon enfant à :

Hôpital d'Espargos : OUI NON ou CLINIQUE: _____

AVIS IMPORTANT

SANTÉ ET HYGIÈNE : En cas de maladie soudaine de l'enfant, les parents ou tuteurs seront contactés afin que les mesures nécessaires soient prises. En cas de situation urgente nécessitant un déplacement à l'établissement de santé, et si les tuteurs de l'enfant ne sont pas disponibles, l'institution prendra les mesures immédiates nécessaires, si elle est autorisée à le faire, au début de l'année scolaire. Il convient de souligner que la responsabilité des accompagnateurs prend fin au moment où les parents arrivent sur les lieux. Lorsqu'un enfant est atteint d'une maladie infectieuse, il ne peut fréquenter l'école que sur présentation d'un certificat médical attestant qu'il n'y a pas de danger d'infection. Lorsque des infestations sont constatées (poux, maladies contagieuses graves ou non, etc.), les enfants porteurs seront empêchés de fréquenter l'école jusqu'à ce que le fléau soit éliminé, afin de garantir leur propre hygiène et de ne pas favoriser la contagion.

Signature du parent ou du tuteur : _____

INFORMATIONS MÉDICALES

ANNEE 2023/2024

Nom de l'élève : _____

Cochez les cases si l'enfant souffre ou a souffert de la maladie ou du problème indiqué :

Rougeole Varicelle Asthme Diabète Oreillons Epilepsie Drepanocytose Problèmes cardiaques
 Rubéole Spasmophilie Crises d'épilepsie Problèmes de dos

• Autre(s) maladie(s) : _____

• Autre(s) maladie(s) Allergie à (médicament et/ou autre) : Oui Non

Lequel ? _____

Votre enfant a-t-il des problèmes (lesquels) : vision aide auditive troubles du langage Avez-vous subi une
intervention chirurgicale ? Oui Non Laquelle ? _____

Suivez-vous un traitement régulier ? Oui Non

Lequel et pourquoi ? _____

Un événement important s'est produit dans la famille (naissance, décès, divorce, maladie grave d'un membre de
la famille, ...): _____

DATES DE VACCINATION (obligatoire)

(Joindre une photocopie du carnet de vaccination pour les nouveaux dossiers ou si de nouveaux vaccins ont été administrés).

B.C.G. : _____ Febre amarela : _____

Diphtérie - Tétanos - Coqueluche - Poliomyélite

1^{ère} injection : _____ 1^{er} rappel : _____

2^{ème} injection : _____ 2^{ème} rappel : _____

3^{ème} injection : _____ 3^{ème} rappel : _____

VACCINATIONS RECOMMANDÉES :

Hépatite B _____ Rougeole: _____

1^{er} : _____ Oreillons: _____

2^{ème} : _____ Rubéole: _____

3^{ème} : _____ Autres: _____

Assinatura do Encarregado de Educação : _____