

<b>Identité</b>	Nom	<input type="text"/>	<b>Adresse</b>	<input type="text"/>	
	Prénom	<input type="text"/>		Ville	<input type="text"/>
	Date de naissance	<input type="text"/>		Rue	<input type="text"/>
	Lieu de naissance	<input type="text"/>		Immeuble	<input type="text"/>
	Prénom du père	<input type="text"/>		Profession	<input type="text"/>
	Prénom de la mère	<input type="text"/>		Profession	<input type="text"/>
	Groupe Sanguin ( <i>Rhésus</i> )	<input type="text"/>		Nationalité	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Mâle	<input type="checkbox"/> Femelle	Situation des parents	<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Séparés
			<input type="checkbox"/> Père décédé	<input type="checkbox"/> Mère décédée	

<b>Antécédents</b>		<b>Date</b>	<b>Maladies Congénitales</b>		<b>Date</b>
	Convulsion	<input type="text"/>		Hémophilie	<input type="text"/>
	Otites	<input type="text"/>		Cardiopathies	<input type="text"/>
	Sinusite	<input type="text"/>		Thalassémie	<input type="text"/>
	Angine	<input type="text"/>		Scoliose	<input type="text"/>
	Diabète	<input type="text"/>		Anémies	<input type="text"/>
	Troubles respiratoires	<input type="text"/>		Asthme allergique	<input type="text"/>
	Troubles urinaires	<input type="text"/>		Hépatite	<input type="text"/>
Troubles digestifs	<input type="text"/>	Autres	<input type="text"/>		

<b>VACCINS</b>	D.T.Co. Polio	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<b>Date</b>	Taille <input type="text"/> Mètre	
	R.O.R	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			Poids <input type="text"/> Kilogramme
	Hépatite A	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
	B.C.G	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
	Monotest	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
	Autres	<input type="text"/>				

Directives concernant la santé de l'enfant, nécessaires à signaler:

---

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Cachet et signature du Médecin

**F-ADM-F-010 Doit être remplie par le Pédiatre de L'élève. Une copie du Carnet de Vaccination sera jointe à cette fiche.**