

HEALTH FORM / FORMULAIRE DE SANTÉ

ÉCOLE MONTESSORI CASABLANCA - NOURISHING THE HUMAN POTENTIAL



TO BE COMPLETED BY CHILD'S PHYSICIAN - A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Please update your child's health information / Merci de mettre à jour les informations de santé de votre enfant

INFORMATION ABOUT THE CHILD / INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Child's Name / Nom de l'enfant :

Surname / Prénom :

Date of birth / Date de naissance :

Please mention if the child has ever suffered from any of the following / Merci de préciser si l'enfant a déjà souffert de l'une des pathologies suivantes :

- Epilepsy / Épilepsie
- Asthma / Asthme
- Eye problems / Problèmes oculaires
- Neurological problems / Problèmes neurologiques
- Intestinal problems / Problèmes intestinaux

Does the child suffer from any psychological or physical condition ? Please specify / L'enfant souffre-t-il d'un problème physique ou psychologique ? Merci de préciser :

.....

.....

.....

.....

Does the child appear to have any symptoms of / been diagnosed with ADD, hyperactivity, dyslexia, etc. Please specify / L'enfant a-t-il été diagnostiqué / présente-t-il des symptômes de TDA, hyperactivité, dyslexie etc. Merci de préciser :

.....

.....

.....

ACADEMIC YEAR / ANNÉE SCOLAIRE

HEALTH FORM / FORMULAIRE DE SANTÉ

ÉCOLE MONTESSORI CASABLANCA - NOURISHING THE HUMAN POTENTIAL



TO BE COMPLETED BY CHILD'S PHYSICIAN - A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Does the child have any allergies ? Please be very specific & describe the symptoms / L'enfant a-t-il des allergies ? Merci d'être le plus précis possible et de décrire les symptômes :

.....
.....

Other medical condition not covered on this health form / Autre situation médicale non décrite dans ce formulaire de santé :

.....
.....

Does the child take regular medication ? If so, please specify dosage and name of medication.
L'enfant doit-il prendre régulièrement des médicaments ? Si oui, merci de préciser la posologie ainsi que le nom du médicament :

.....
.....

Audiogram / Audiogramme :

Vision check / Examen oculaire :

Vaccinations & Boosters (dates) / Vaccins et Rappels (dates) :

BCG **HB**

DTC **PO**

VAR **HIB**

RR (6 Years / 6 ans) **ROR**

DTCP **DTP**

Other / Autre

I hereby certify that the child has been examined and is able to participate in school activities.

Je certifie par la présente avoir examiné l'enfant et conclu à son habilité à participer aux activités scolaires.

Date :

Physician's name / Nom du médecin :

Stamp & Signature / Cachet et signature :

.....

ACADEMIC YEAR / ANNÉE SCOLAIRE