



ECOLE MLF-TOTAL

Port Harcourt - NIGERIA



FICHE MÉDICALE

Année scolaire 2019-2020

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉCOLE A LA RENTRÉE

NOM et prénom de l'élève :

Date de naissance : **Classe :**

Représentant légal de l'enfant :

Je, soussigné(e) :,

prends connaissance **qu'en cas d'urgence**, mon enfant sera initialement pris en charge par le « Village Coordinator » (tél. portable : 0807 30 90 928), puis transporté si nécessaire à la « Sick-Bay » du Village (extension : 5484) où il sera pris en charge par l'équipe médicale de la filiale (« Head of Emergency » ; tél. portable : 0807 017 4710).

La famille sera immédiatement prévenue par le Directeur de l'école (tél portable : 0810 543 33 77).

Pour les autres situations, les parents seront appelés et viendront chercher leur enfant afin de faire pratiquer si nécessaire un examen médical par leur médecin référent.

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

- Père (tél. portable) :
- Mère (tél portable) :
- Autre (tél portable) :

Pour les enfants des employés Total, le rapport de la dernière visite médicale systématique (CMETE ou autre...) sera remis au médecin de la filiale à l'arrivée.

Pour les enfants extérieurs, les parents sont invités à faire de même auprès de leur médecin référent.

Tous ces renseignements sont gardés de manière confidentielle par le Directeur

Pour tous les enfants, une photocopie du carnet de vaccinations ainsi que tout autre dossier médical utile (carte de groupe sanguin, compte rendu d'hospitalisation récente, suivi orthophonique, orthodontique ou autre...) seront remis au médecin de la filiale à l'arrivée.

Par ailleurs, il est demandé aux parents de bien vouloir porter à la connaissance du Directeur les problèmes médicaux marquants susceptibles de survenir à nouveau afin d'orienter la conduite immédiate à tenir sur place :

Allergie(s) :

Antécédents médicaux et chirurgicaux de nature à influencer/limiter les activités de votre enfant :

.....

Problème(s) de santé qui pourrai(en)t nécessiter une prise en charge immédiate particulière en cas de manifestation aiguë (asthme, épilepsie, réaction allergique...) :

.....

.....

Suivi particulier (orthophonique ou autre...) :

Evènement familial (ou autre) marquant avec possible retentissement comportemental :

.....

Nom et téléphone du médecin référent si autre que le médecin Total :

.....

.....

Fait à, le/...../ 2019

Signature du représentant légal (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :