



## INFORMATIONS MÉDICALES

Nous vous remercions de bien vouloir compléter toutes les informations dans médicales liées à votre enfant. Les renseignements fournis seront essentiels à la prise en charge et au suivi de santé de votre Perle. Ces informations resteront confidentielles. Pour toute précision ou autre information n'hésitez pas à contacter l'infirmière de l'établissement.



### Identité de votre enfant

Nom et prénom de l'enfant: ..... Classe:.....  
 Date de naissance .....  
 Votre enfant a-t-il des frères et sœurs chez PAN ? Oui / Non ..... Nom et classe: .....



### La santé de votre enfant

Votre enfant a-t-il souffert ou souffre t'il actuellement d'une des situations suivantes?  
 Si oui, merci d'indiquer les dates dans la case 'Oui' ci-dessous.

Maladie/Conditions	OUI (Dates)	NON	Maladie/Conditions	OUI (Dates)	NON
Allergies / Eczéma			Diphthérie		
L'asthme bronchique			Gastroentantérite		
G6PD (Glucose 6- phosphate dehydrogenase deficiency)			Congenital Heart Disease		
Rougeole			Diabetes Mellitus		
Oreillons			Epilepsie / Crises		
Poliomyélite			Infection hépatite		
Rubéole			Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine			Thalassémie		
Coqueluche			Problèmes gastriques fréquents		
Varicelle			Maux de tête fréquents		
TDAH - Hyperactivité			Troubles de la vision / Lunettes		
Énurésie nocturne			Trouble de l'audition		
Accidents graves			Autres		

### AUTRES INFORMATIONS

Maladie/Conditions	OUI	NON
Votre enfant a-t-il déjà reçu une transfusion sanguine?		
Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé?		
Votre enfant prend-il ACTUELLEMENT des médicaments à l'heure actuelle?		

SUITE



## Précisions importantes

**Merci de nous donner des précisions sur les réponses «oui» aux questions ci-dessus, y compris le traitement, les dates et tous les médicaments pris sur une base régulière à la suite. Si vous avez des préoccupations au sujet de votre enfant, merci de les mentionner ici.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nous vous remercions pour votre collaboration.  
L'infirmière de la crèche reste à votre disposition pour toute information d'ordre médicale.**

**Je soussigné (nom/prénom) .....**  
**père, mère de l'enfant (nom/prénom) .....**

**déclare avoir compléter les données médicales mentionnées ci-dessous, et en assure l'exactitude.**

**Je m'engage également à informer l'établissement de toute modification de l'état de santé de mon enfant, afin que la crèche puisse adopter les comportements et actions nécessaires à sa bonne santé.**

**Date :**

**Signature :**



## CONSENTEMENT EXAMEN MEDICAL MENSUEL

Conformément à la loi du Qatar, nous sommes tenus d'organiser une visite médicale mensuelle au sein de la crèche prise en charge par un pédiatre agréé et licencié au Conseil Suprême de la Santé.



### Examen médical par un médecin agréé

Pour ce faire, chaque mois votre enfant fera l'objet d'une consultation médicale classique, concernant les points suivants :

1. Surveillance de la hauteur et du poids de l'enfant
2. Prise de température (front ou aisselle)
3. Observation des yeux, des oreilles, de la gorge et de la peau
4. Auscultation (écoute) de la poitrine
5. Vérification de la structure du squelette
6. Evaluation neurologique (réflexes, sens, conscience)

Nous tenons à rassurer les parents que **la sécurité, la confidentialité et le bien-être des enfants est notre principale priorité**, nous veillerons de près à ce qu'elles soient respectées.

Toutefois, si vous préférez que votre enfant soit examiné par votre propre médecin de famille, merci de nous transmettre une copie du rapport médical de votre médecin afin de conserver le fichier dans le dossier de santé de votre enfant et de vous en dispenser auprès des autorités Qataries.

Merci de compléter l'autorisation ci-dessous :

Je , soussigné, (nom de parent).....

parent de (nom de l'enfant) .....

de la classe des .....

donne mon consentement à Perles d'Avenir

afin d'effectuer un examen médical ci-dessus à mon enfant.

Date :

Signature :