



Please write in CAPITAL LETTERS – Veuillez remplir le formulaire en LETTRES MAJUSCULES

## STUDENT INFORMATION / INFORMATIONS SUR L'ELEVE

Last name – Nom :

First name – Prénom :

Date of birth – Date de naissance :

Level – Classe :

## DOCTOR / MEDECIN TRAITANT

Doctor names – Nom du médecin traitant :

Tel number – Tél :

Address – Adresse :

## VACCINATION RECORD / ETAT DES VACCINATIONS DE L'ELEVE

COMPULSORY VACCINATIONS   VACCINS OBLIGATOIRES	YES   OUI	NO   NON	VACCINATION DATES   DATES VAICAINS	OTHER VACCINATIONS   AUTRES VACCINATIONS	DATES
BCG					
DIPHTERIE					
TETANOS					
POLIOMYLITE					
TETRACOQ					
HEPATITE B					



## MEDICAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Please join to this form the following documents | Merci de joindre à cette fiche les documents suivants :

- » A medical certificate of the current state of health of the child | Un certificat médical de l'état de santé actuel de l'enfant,
- » A recent ENT assessment | Un bilan ORL récent
- » A recent ophthalmological review | Un bilan ophtalmologique récent

**NB :** Please report any allergies or others including any diet program | Signaler obligatoirement d'éventuelles allergies ou autres y compris un éventuel régime alimentaire :

If you are taking medicine, please enclose the prescription as well as the dosage. | En cas de prise de médicaments, merci de joindre l'ordonnance ainsi que la posologie.

Doctor's signature and stamp | Signature et Cachet  
du Docteur

Parents' signature | Signature des parents

