



Année scolaire \_\_\_\_\_ Classe (class) \_\_\_\_\_

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** (HEALTH RECORD)

**Nom et Prénom (family and first name):**

**Date de naissance (Date of Birth) :**

**CPR de l'enfant ou du parent (CPR of student or parent) :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

*Merci de fournir 2 photocopies de la CPR de votre enfant ou à défaut de son passeport  
(Please provide us 2 copies of your child's CPR or of his passport)*

**Téléphone portable du père (father's mobile number) :**

**Téléphone portable de la mère (mother's mobile number) :**

- Merci de remplir le questionnaire ci-dessous (please fill in the following details) :

Poids : ..... Taille : ..... Sexe : .....

**-Votre enfant est-il allergique à un médicament, produit ou aliment ? (pénicilline, bétadine, cacahuète, œuf)**

(Is your child allergic to any medicine, food or product such as penicillin, betadine, peanuts, eggs?)

OUI

NON

**-Votre enfant souffre-t-il d'une pathologie au long cours ? (asthme, diabète, épilepsie)**

(Does your child suffer from any chronic diseases such as asthma, diabetes and epilepsy?)

OUI

NON

**-Votre enfant souffre-t-il d'un problème d'audition ? (Does your child have a hearing problem?)**

OUI

NON

**-Votre enfant souffre-t-il d'un problème de vision ? (Does your child have vision impairment?)**

OUI

NON

**-Votre enfant souffre-t-il d'un problème d'élocution ? (Does your child have a speech problem?)**



# LYCEE FRANÇAIS INTERNATIONAL DE BAHREIN

OUI

NON

**-Votre enfant souffre-t-il d'un trouble des fonctions motrices ?** (Does your child have motor functions problem ?)

OUI

NON

**-Votre enfant souffre-t-il de troubles spécifiques des apprentissages ?** (Does your child have specific Learning difficulties ?)

OUI

NON

**-Acceptez-vous que soient donnés à votre enfant en cas de besoin les médicaments suivants ?**  
(Do You consent That the Following medication is given to your child ?)

**PANADOL SIROP** (Panadol syrup) ou comprimé (or tablet)

Lors de fièvre ou douleur forte (Fever or pain)

OUI

NON

**Miel, Strepsil pastille ou Orofar**

Pour mal de gorge (for sore throat)

OUI

NON

Application de pommade **ARNICA** (bleus, bosses)  
(Cream application for bumps) ou granules

OUI

NON

Instillation de gouttes calmantes pour oreilles « **EAR CALM** »  
(Pain reliever for earache)

OUI

NON

Application de pommade  
ou spray pour douleurs musculaires « **BIOFREEZE** »

OUI

NON

Solution nettoyante pour les yeux « **OPTREX** »

OUI

NON

Application de crème **ONCTOSE** contre piqure d'insectes et  
Reactions aux plantes (against insect bite and plants reaction)

OUI

NON

Instillation de **OTRIVIN** spray nasal pour rhume  
(Otrivin spray for cold)

OUI

NON

Désinfection à la **BETADINE** si plaie superficielle  
(desinfection with betadine in case of light skin injury)

OUI

NON

Application de **BIAFINE, BEPANTHENE** crème  
Ou **DEXERYL** pour brûlure ou peau sèche  
(cream application in case of burning or dry skin)

OUI

NON

**MARGADOOSH WATER** en cas de mal de ventre  
Et léger mal de tête (mélange de plante)  
(In case of abdominal pain and light headache, mix of plant)

OUI

NON

**TEEJEL** gel pour aphtes (in mouth : canker sore/blister)

OUI

NON

Spasfon/Scopinal pour douleurs menstruelles (period pain)

OUI

NON

réseau mlfmonde

PO BOX 24447 Muharraq | Royaume de Bahrein  
Tél : +973 173 23 770 | Fax : +973 173 36 492  
secretariat.direction.bahrein.lycee@mlfmonde.org  
[https:// www.lyceefrancaismfbahrein.com](https://www.lyceefrancaismfbahrein.com)





## LYCEE FRANÇAIS INTERNATIONAL DE BAHREIN

-Votre enfant a-t-il eu (has your child had) :

|                           |     |     |
|---------------------------|-----|-----|
| La varicelle/chickenpox   | OUI | NON |
| La rougeole/measles       | OUI | NON |
| La rubéole/german measles | OUI | NON |
| Les oreillons/mumps       | OUI | NON |

- **Merci de joindre une photocopie du carnet de vaccinations. Et de remplir le tableau des vaccinations joint (Please attach a photocopy of your child's immunization record and file in the vaccination form).**
- Pour des raisons de sécurité, nous vous rappelons que la détention de médicament par élève est strictement interdite à l'école.  
Par conséquent, si votre enfant doit prendre un traitement pendant le temps scolaire merci de bien vouloir le remettre à l'infirmière, ainsi que son ordonnance, qui le lui administrera après signature préalable du parent l'autorisant.  
(We remind you that medication is not allowed to be kept in schoolbags for security reason. If your child requires administration of medication during school hours, please hand it to the nurse with the prescription and she will do the necessary).
- En cas d'accident survenant à l'école, j'autorise l'établissement à prendre toutes les dispositions nécessaires à la prise en charge médicale de mon enfant.  
(In the event of an accident at school, I authorize the school to take all necessary measures for the medical care of my child).

OUI

NON

Date et signature des parents (mère et père) :  
(Date and parents' signature)