**HENRI MATISSE SCHOOL**

**ECOLE HENRI MATISSE**

**HEALTH FACT SHEET - EMERGENCY FORM**

**FICHE DE SANTE – FICHE D’URGENCE**

**Date :**

**NAME / NOM : First Name / Prénom** :

Class / Classe :  Date of birth / Date de naissance :

|  |
| --- |
| **1. CONTACT OF PARENTS OR TUTOR / CONTACT DES PARENTS OU DU TUTEUR** |
| Phone/Téléphone : Father / Père : …………………………………… Mother / Mère : ……………………………………  Name and phone number of the person most easily reachable /  Nom et N° de téléphone de la personne la plus facilement joignable : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……  Address/Adresse : ..……………………………………..……………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |

|  |
| --- |
| **2. CONTACT and PHYSICIAN'S ADDRESS / CONTACT et ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT** |
| Doctor/Docteur : …………………………………………………………… Phone/Téléphone : : ……………………………………  Address/Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |

|  |
| --- |
| **3. IN CASE OF EMERGENCY / EN CAS D’URGENCE** |
| 1. The family and the doctor are immediately notified by us.   La famille et le médecin sont immédiatement averti par nos soins.   1. The family recommends referring the child to the following hospital:   La famille recommande d’orienter l’enfant vers l’établissement hospitalier suivant : …………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. STATE OF VACCINATIONS / ETAT DES VACCINATIONS**  (refer to the student's health book and vaccination certificates)  (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l’élève) | | | | | |
| **MANDATORY VACCINES** **/ VACCINS OBLIGATOIRES** | **YES**  **OUI** | **NO**  **NON** | DATES OF LATEST REMINDERS /  DATES DES DERNIERS RAPPELS | **RECOMMENDED VACCINES** / **VACCINS RECOMMANDÉS** | DATES |
| Diphtheria/Diphtérie |  |  |  | Hepatitis B / Hépatite B |  |
| Tetanus / Tétanos |  |  |  | Rubella, mumps and measles  Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyelitis / Polio |  |  |  | Whooping cough/Coqueluche |  |
| **Or** polio DT |  |  |  | Other (specify)/Autres (préciser) |  |
| **Or** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * If the child does not have the compulsory vaccinations, please attach a medical certificate of contraindication.   Si l’élève n’a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.   * Please provide us with the vaccination booklet, a photocopy will be made at the school.   Merci de nous fournir le carnet de vaccinations, une photocopie en sera faite à l’école. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. STATE OF CHILDREN'S DISEASES / ETAT DES MALADIES INFANTILES**  **Has the student ever had the following diseases? /** L’élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? | | | | | |
| MALADIE | OUI | NON | MALADIE | OUI | NON |
| Rubella / Rubéole |  |  | Whooping cough /Coqueluche |  |  |
| Varicella /Varicelle |  |  | Measles /Rougeole |  |  |
| Mumps /Oreillons |  |  | Scarlet fever /Scarlatine |  |  |
| Otitis / Otite |  |  | Other / Autres |  |  |
| Angina / Angine |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **6. MEDICAL INFORMATION ABOUT THE CHILD / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L’ENFANT** |
| **Does the child have allergies? L’enfant a-t-il des allergies ?**  Asthma / Asthme : YES/OUI  NO/NON   Food / Alimentaires : YES/OUI  NO/NON   Medications / Médicamenteuses : YES/OUI  NO/NON   Other / Autres : …………………………………………………………………………………………………………  If YES, specify the cause of the allergy and what to do:  Si OUI, précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Thank you to indicate the possible problems or difficulties of health** (disease, accident, seizures, operations, reeducation, ...), by indicating the dates, as well as the precautions to be taken.  **Merci d’indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,...), en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..… |

**Signatures**

**DATE :**

**Signatures** Father **/** du père Mother / de la mère Tutor / du tuteur