**FICHE MEDICALE**

Nom/Prénom : ………………………………………………… Classe : …………………….

Date de Naissance : ………………………………………………………………….…………

Adresse : ……………………………………………………………………………………….

Portable du père : …………………………………….. Portable de la mère : ………………………….

Personne à contacter en cas d’urgence :

Nom/Prénom : ………………………………………… Téléphone : …………………………………..

Maladie chronique : ……………………………………………………………………………………..

Maladie récente : ………………………………………………………………………………………..

Vaccinations et dates : ……………………………………………………………………………

Médicament ou Protocole médical actuel : ………………………………………………………………

Présence d’allergie : …………………………………………………………………………………………...

Allergie aux médicaments : ………………………...………………………………………………….

Nom du médecin de la famille : ……………………………………………………………………………….

**En cas d’urgence**

Je soussigné(e) M. ou Mme ……………………………… m’engage à venir chercher mon fils/ma fille.

**En cas d’urgence vitale**

Je soussigné(e) M. ou Mme ……………………………… accepte que mon fils/ma fille soit transporté(e) :

* À l’hôpital d’assurance médicale
* À l’hôpital Nozha
* À un hôpital de mon choix (à préciser) ………………………….………

Le Caire, le …………………………………..

Signature des parents ……………………….

**استمارة طبية**

الإسم: ...........................................................................................الفصل: ....................

تاريخ الميلاد: .................................................................................................................

العنوان : .......................................................................................................................

موبايل الأب: .............................................. موبايل الأم: ...................................................

الشخص الذى يمكن الاتصال به فى حالة الطوارىء (فى حالة عدم إمكانية الاتصال بالوالدين):

الإسم: ............................................... رقم التليفون: .........................................................

أي أمراض مزمنة : ..........................................................................................................

أى أمراض حديثة العهد: ....................................................................................................

تواريخ التطعيمات: .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

هل هناك دواء أو علاج فى الوقت الحالى: ..............................................................................

وجود أي نوع من أنواع الحساسية : .....................................................................................

وجود حساسية من دواء محدد : ...........................................................................................

اسم طبيب العائلة المعالج : .................................................................................................

أقر أنا ولى الأمر في حالة الطوارئ الالتزام باصطحاب نجلى/نجلتى للقيام بالمطلوب من إسعافات و في حالة الطوارئ القصوى أوافق على نقل نجلى/ نجلتى إلى :

نعم لا

* مستشفى التأمين الصحي
* مستشفى خاص (النزهة)
* مستشفى من اختياري

تحريراً فى : / /

توقيع ولى الأمر

