

# DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL DE L'ÉLÈVE

(En application de la loi 4229/2014, article 11, paragraphe 2)



NOM/PRÉNOM (en majuscules): .....

Ministère de l'Éducation Nationale et des Affaires Religieuses Date de naissance: .....

Contact téléphonique: .....

Ministère de la Santé

École: ..... Classe: .....

**Le dossier médical personnel (DMP) de l'élève est conservé à l'école et une copie est conservée dans le carnet de santé de l'enfant. Le DMP est confidentiel.**

Ceci est réalisé suite à un examen médical préventif comprenant l'historique médical et un examen physique, conformément à

Fiche d'examen médical pour le dossier médical personnel de l'élève. Un contrôle spécifique supplémentaire est effectué qu'en cas d'indications médicales spécifiques. Les résultats de l'examen concernant l'école sont notés dans le DMP.

En cas de changement de l'état de santé de l'enfant, le DMP est mis à jour sous la responsabilité des parents/tuteurs.

## INFORMATIONS QUI CONCERNENT L'ÉCOLE

(Celles-ci sont notées dans le but de soutenir l'enfant à l'école et suite à la décision finale du médecin, après consultation avec le parent/tuteur ou l'enfant. Il ne faut pas omettre des informations dont l'absence peut mettre l'enfant en danger.)

## RAPPORT MÉDICAL

### POUR LA PARTICIPATION À L'ÉDUCATION PHYSIQUE, AUX SPORTS ET AUX AUTRES ACTIVITÉS SCOLAIRES\*

☐ Participation sans restrictions ☐ Participation avec restrictions >: Problèmes de santé et directives en matière de restrictions

(L'examen de dépistage n'a pas révélé de raisons de restrictions)

(En raison de problèmes de santé)

☐ Renvoi vers un dépistage spécial\*\* (Quant aux autres systèmes il n'y a pas de constat nécessitant une restriction de la participation aux activités scolaires)

> Spécialité(s) médicale(s) dans laquelle/lesquelles un renvoi est effectué :

Date de l'examen

Signature et cachet du médecin

Cachet de l'Unité de Santé (pour les médecins ESY/PEDY)

## RAPPORT MÉDICAL SUITE À UN CONTRÔLE SPÉCIALISÉ\*\*

### POUR LA PARTICIPATION À L'ÉDUCATION PHYSIQUE, AUX SPORTS ET AUX AUTRES ACTIVITÉS SCOLAIRES

☐ Participations sans restrictions ☐ Participations avec restrictions > Problèmes de santé et directives en matière de restrictions:

|   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| (Le contrôle spécifique n'a révélé aucune raison de restrictions) | (En raison de problèmes de santé) |   |
| <b>&gt;Spécialité médicale :</b>                                  |                                   |   |
| <b>&gt;Contrôle effectué:</b>                                     |                                   |   |
| Date d'examen   | Signature et cachet du médecin    | Cachet de l'Unité de santé (pour les médecins ESY/PEDY) |

**\* Ce certificat n'est pas valable pour les Jeux Scolaires Nationaux ni les Championnats Scolaires Nationaux, ni pour les activités scolaires mises en œuvre par tout autre organisme à part l'école ou le Ministère de l'Éducation et des Affaires Religieuses.**

**\*\* Il s'agit de l'examen spécial qui, à la discrétion du médecin qui a effectué l'examen préventif, est nécessaire pour obtenir un avis sur la participation aux activités scolaires. Dans ce cas, une note de renvoi est émise, décrivant les raisons du renvoi.**

*Supervision scientifique :*

*Institut de la santé de l'enfant, Direction de la Pédiatrie Sociale et du développement, École Nationale de Santé Publique, section de la santé de l'enfant.*

## FICHE D'EXAMEN MÉDICAL POUR LE DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL DE L'ÉLÈVE

(À conserver dans le dossier médical du médecin ou du service de santé)

|                |                   |   |           |
|----------------|-------------------|---|-----------|
|                |                   | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |           |
| Nom de l'élève | Prénom de l'élève | Date de naissance                                     | Sexe AMKA |

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** (À compléter et à signer par le parent/tuteur). Si nécessaire, des explications sont données ou complétées par le médecin).

|    | Antécédents de l'enfant : questions générales  | OUI | NON |    | Antécédents familiaux : problèmes cardiaques (suite)   | OUI | NON |
|----|--|-----|-----|----|--|-----|-----|
| 1  | A-t-il/elle déjà eu une maladie grave?   |     |     | 13 | Y a-t-il une personne dans la famille qui a eu un épisode d'évanouissement ou de crises d'épilepsie de cause inconnue?   |     |     |
| 2  | A-t-il/elle déjà été hospitalisé (pour la nuit)?   |     |     |    |  |     |     |
| 3  | A-t-il/elle subi une opération?  |     |     | 14 | Y a-t-il dans la famille une personne connue pour avoir une maladie cardiovasculaire héréditaire telle qu'une cardiomyopathie hypertrophique ou dilatée, une arythmie du ventriculaire droit du cœur, la maladie de Naxos, le syndrome de Marfan, le syndrome du QT long ou court, le syndrome de Brugada? |     |     |
| 4  | Prend-t-il/elle ou a-t-il/elle déjà pris régulièrement des médicaments?  |     |     |    |  |     |     |
| 5  | A-t-il/elle des allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres)?   |     |     |    |  |     |     |
|    | Antécédents de l'enfant : problèmes cardiaques   |     |     |    |  |     |     |
| 6  | A-t-il/elle déjà été diagnostiqué comme ayant un problème cardiaque ou de l'hypertension?                            |     |     |    |  |     |     |
| 7  | A-t-il/elle déjà été inconscient(e) pendant ou après un exercice physique ou sans raison apparente?                  |     |     |    | Antécédents de l'enfant : questions supplémentaires  |     |     |
|    |  |     |     | 15 | L'enfant a-t-il déjà eu une crise d'épilepsie?   |     |     |
| 8  | S'est-il/elle déjà plaint(e) de douleur, de pression ou de poids sur la poitrine pendant l'exercice?                 |     |     | 16 | L'enfant a-t-il déjà présenté de la toux, une respiration sifflante ou des difficultés à respirer pendant l'exercice?  |     |     |
| 9  | Est-il/elle plus fatigué(e) ou essoufflé(e) pendant l'exercice, plus facilement que les autres enfants du même âge ? |     |     | 17 | A-t-il/elle déjà eu des douleurs ou des blessures graves aux os, aux muscles, aux articulations ou a-t-il/elle déjà souffert d'arthrite?   |     |     |
| 10 | S'est-il/elle déjà plaint(e) que son cœur battait vite ou irrégulièrement ("palpitations") pendant l'exercice?       |     |     | 18 | Pensez-vous qu'il ou elle puisse avoir un problème de vision ?   |     |     |
|    |  |     |     | 19 | Pensez-vous qu'il/elle puisse avoir un   |     |     |

|    |   |  |  |  |   |  |  |
|----|---|--|--|--|---|--|--|
|    |   |  |  |  | problème d'audition?  |  |  |
|    |   |  |  |  | 20 Avez-vous des préoccupations concernant son poids ou son régime alimentaire?   |  |  |
| 11 | Y a-t-il une personne dans la famille qui est décédée de cause cardiaque, mort soudaine ou inexpliquée à un jeune âge (<50 ans)   |  |  |  | 21 Est-ce que vous ou l'école êtes préoccupés par un problème concernant son développement (par exemple la parole, les mouvements, la capacité d'apprentissage)?  |  |  |
|    |   |  |  |  | 22 Est-ce que vous ou l'école êtes préoccupés par des problèmes liés à l'humeur ou au comportement (par exemple, la tristesse, la sociabilité, l'agressivité, la colère, l'hyperactivité, le contrôle du sphincter) ? |  |  |
| 12 | Y a-t-il une personne dans la famille qui a eu une crise cardiaque ou une maladie coronarienne ou un accident vasculaire cérébral à un âge jeune ou moyen (<55 ans pour les hommes et <65 ans pour les femmes)? |  |  |  | 23 Y a-t-il un autre sujet que vous aimeriez aborder?   |  |  |

**Informations complémentaires pour les questions "OUI" :**

**Je certifie, au mieux de mes connaissances, l'exactitude de ce qui précède.**

Nom du parent/tuteur

Lien avec l'enfant

Date de réalisation

Signature

Numéro de téléphone du contact

**EXAMEN PHYSIQUE (à compléter par le médecin)**

| Mesures        |   |        |  |
|----------------|---|--------|--|
| Poids:    kg   | Taille:    m  | IMC:   | Fréquence de pouls:    /min    TA:    mmHg |
| Examen médical |   | Normal | Résultats pathologiques                    |
| 1              | Examen de peau, signes du syndrome de Marfan                |        |  |
| 2              | Acuité visuelle, strabisme                                  |        |  |
| 3              | Cavité buccale, dents                                       |        |  |
| 4              | Auscultation du cœur (souffles, tonalités, rythme) fémorale |        |  |
| 5              | Système respiratoire  |        |  |
| 6              | Abdomen, foie/pleine, organes génitaux                      |        |  |
| 7              | Système nerveux et musculo-squelettique, scoliose           |        |  |
| 8              | Autres résultats  |        |  |

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES PROVENANT DE L'EXAMEN D'ANTÉCÉDANTS OU PHYSIQUE – CONCLUSIONS**  
*(À compléter par le médecin)*

**Certificat de participation aux activités scolaires:**  
☐ Aucune restriction  
☐ Avec des restrictions  
☐ Renvoi → spécialité(s):

**Contrôle de couverture vaccinale:**

OUI ☐ NON ☐

**Commentaires:**

|                       |                     |                             |  |
|-----------------------|---------------------|-----------------------------|--|
|                       |                     |                             |  |
| Nom/Prénom du médecin | Date de réalisation | Signature du médecin/cachet |  |

*Supervision scientifique :*

*Institut de la Santé de l'Enfant, Direction de la Pédiatrie Sociale et du Développement, École Nationale de Santé Publique, section de la Santé de l'Enfant.*