



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET NOUVELLE CITOYENNETE  
PROVINCE EDUCATIONNELLE DE L'ITURI 1  
SOUS DIVISION DE BUNIA



**MANDELLA INTERNATIONAL FRENCH SCHOOL  
"M.I.F.S"**

Nursery, Primary and Secondary – Day and Boarding school

**ADRESSE-CONTACTS**

Busabala Road, Kibira A, Masajja Kalidubi  
Wakiso  
Kampala Uganda  
**+256 705 820230 - +256 755 088367**  
**+256 701 788579 - +243 994 114 426**

**IDENTIFICATION**

P.O. Box : 170 337 KAMPALA GPO  
REGISTRATION NUMBER : 80034767613088  
ARRETE PROVINCIAL N°01/123/PROGOU/P. 1/2024  
DU 25 OCTOBRE 2024

**FORMULAIRE MÉDICAL DE L'ÉTABLISSEMENT**

**I. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉLÈVE**

Nom et prénom de l'élève :  
.....

Lieu et date de naissance : .....

Âge : .....

Sexe : .....

Groupe sanguin (si connu) : .....

Niveau scolaire/Classe : .....

**II. IDENTITÉ DU PARENT / TUTEUR**

Nom complet du parent/tuteur :  
.....

Lien avec l'élève : .....

Téléphone principal : .....

Adresse physique (résidence) :  
.....

Contacts téléphoniques alternatifs :

1. Nom : ..... Lien : .....

Téléphone : .....

2. Nom : ..... Lien : .....

Téléphone : .....

**III. MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE (SI DISPONIBLE)**

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

Établissement / Hôpital : .....

Adresse / Localisation : .....

**IV. INFORMATIONS MÉDICALES – À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN**

Date de l'examen : ..... Heure : .....

Poids : .....kg Taille : .....cm Tension artérielle : .....

Pouls : ..... bpm Température : .....°C Bruits cardiaques :  
.....

Examen physique général :

Yeux : .....

Oreilles / Audition : .....

Dents / Gencives : .....

Peau : .....

Appareil respiratoire : .....

Cœur : .....

Abdomen : .....

**V. RÉSULTATS DES TESTS MÉDICAUX**

Test du paludisme : .....

Dépistage thyroïdien : .....

Analyse d'urine : .....

Test auditif (audiométrie) :

.....

## VI. ANTÉCÉDENTS ALLERGIQUES

Aliments : .....

Médicaments : .....

Piqûres d'insectes : .....

Plantes / pollen : .....

Autres : .....

## VII. CONDITIONS CHRONIQUES / ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Problèmes de vision  Problèmes d'audition  Asthme

Diabète  Épilepsie

Drépanocytose  Sinusite chronique  Hépatite

Trouble cardiaque  Troubles digestifs

Anxiété / Troubles du comportement  Autres

(précisez) : .....

## VIII. À COMPLÉTER PAR LE PARENT / TUTEUR

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ou opéré dans les trois derniers mois ? Si oui, précisez :

.....

Fréquence des visites médicales spécialisées (opticien, dentiste, etc.) :

.....

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? Si oui, précisez le(s) médicament(s) :

.....

Votre enfant présente-t-il une condition médicale empêchant de participer aux cours ou activités ? :

.....

Votre enfant a-t-il besoin d'un médicament d'urgence à l'école ? Si oui, précisez le médicament et la fréquence :

.....

Autres informations médicales ou recommandations particulières :

.....

#### **IX. TRAITEMENT ADMINISTRÉ**

.....

#### **X. CONCLUSIONS ET OBSERVATIONS DU MÉDECIN EXAMINATEUR**

.....

Signature du Médecin : ..... Date : .....

Cachet de l'Hôpital : .....

Nom et Signature du Parent / Tuteur : .....

Date : .....

NOTICE : Toute information fournie ci-haut n'engage que le signataire. Cette fiche doit se remplir à l'hôpital par le Médecin.