



THE AMERICAN SCHOOL OF MARRAKESH

People - Passion - Purpose

Everybody Belongs, Everybody Engages, Everybody Inspires

Student Health Form / Formulaire Médical

STUDENT INFORMATION/RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Last Name: <i>(Nom de famille)</i>	Grade: <i>(Classe)</i>
_____	_____
First Name: <i>(Prénom)</i>	DOB <i>(Date de naissance)</i>
_____	_____
Gender (Sexe):	Female/Féminin
Male/Masculin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMERGENCY CONTACT/CONTACT EN CAS D'URGENCE

First Name (Prénom):	Middle Initial/Initiale:	Last Name/Nom de famille:
Relationship to Student/Relation à l'élève (Père, Mère, Gardien):		
Complete Address/Adresse complète:		
Mobile Phone:	Work Phone:	Home Phone:
E-mail Address/Adresse courriel:		

ALLERGIES/CONDITIONS: Please check all that apply

Condition	Yes	Condition	Yes
Allergies (food, insects, drugs, etc./Nourriture, insectes, médicaments)		Diabetes/Diabète	
Allergies (seasonal/Saisonnière)		Head Injury, Concussions/Blessure à la tête, Traumatisme crânien	
Asthma or breathing problems/Asthme, problèmes respiratoires		Hearing problem/Problème d'audition	
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Déficit de l'attention/hyperactivité		Heart problem/Problème cardiaque	
Behavioral problems/Problèmes de comportement		Lead poisoning/Empoisonnement au plomb	
Developmental problems/Problèmes de développement		Muscle problems/Problèmes musculaires	
Bladder problem/Maladie de la vessie		Seizures/Épilepsie	
Bowel problem/Maladie de l'intestin		Speech problems/Problèmes de la parole	
Cerebral Palsy/Paralysie cérébrale		Spinal injury/Blessure à la colonne vertébrale	
Cystic Fibrosis/Fibrose kystique		Surgery/Intervention chirurgicale	
Dental Problems/Problèmes dentaires		Vision problem/Problème de vision	

If you checked “yes” for one or more items on this list, please give us more information about the condition/ Si vous avez coché “oui” pour l’un ou plusieurs de ces points, veuillez donner davantage de détails sur la maladie:

Describe any other important health-related information about your child/ Veuillez donner une description de tout autre question liée à la santé de votre enfant:

List all prescription, over-the-counter, and herbal medications your child takes regularly/ Veuillez donner une liste de tout médicament prescrit par ordonnance ou non, ou de tout supplément alimentaire pris par votre enfant:

Important: If space is not enough on this form, please feel free to attach additional information to your child’s Health Form/Si vous n’avez pas assez d’espace sur ce formulaire, n’hésitez pas à y joindre une autre feuille.

In case of emergency when I (parent / guardian) cannot be reached, I authorize The American School of Marrakesh to take my child to/En cas d’urgence, lorsque je ne peux pas être rejoint (parent ou gardien), j’autorise l’école américaine de Marrakech à conduire mon enfant dans l’un des établissements suivants:

	Name/Nom	Phone/Téléphone
Clinic/Hospital		
Doctor/Médecin		
Specialist/Spécialiste		

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE- SIGNATURE DES PARENTS/DU GARDIEN:

I HEREBY AUTHORIZE THE AMERICAN SCHOOL OF MARRAKESH TO USE THE INFORMATION INCLUDED HEREIN TO PROVIDE MEDICAL CARE IN CASE OF AN EMERGENCY:

FULL NAME:

PARENT SIGNATURE

DATE:
